UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012 **n°_______**

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

RAZAFINDRALAMBO (épouse GAÏL) Sophie

Née le 01 Septembre 1971 à Diégo Suarez (Madagascar)

Présentée et soutenue publiquement le 01 Mars 2012

PERCEPTION ET PRATIQUE DES MEDECINS FACE A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT ASTHMATIQUE : ENQUETE AUPRES DE 66 MEDECINS DE LA COMMUNE DE NANTERRE

Président : Professeur **Michel NOUGAIREDE**

Directeur : Docteur **Hélène COLOMBANI**

RESIDENTE

« Mon âme, bénit l'Eternel » (Psaumes 103 :1)

Remerciements

A Monsieur le Président de thèse, Mr le Professeur Nougairède,

Je vous remercie pour votre aide, votre disponibilité et votre enseignement.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Messieurs les Membres du jury,

Mr le Professeur Juvin et Mr le Professeur Hammel,
Tous mes remerciements pour l'attention que vous portez à cette thèse et d'avoir bien voulu faire partie du jury.

A ma Directrice de thèse, Madame le Docteur Colombani Hélène,

Vous avez bien voulu me diriger dans l'élaboration de cette thèse,
Vos conseils et la pertinence de vos critiques m'ont été d'une grande aide.
Tous mes sincères remerciements.

Au Docteur Terra Claire,
Tous mes sincères remerciements pour vos remarques et encouragements.

A Madame Katia Nouard-Setbon,
Merci de m'avoir fait bénéficier de votre expérience sur l'école du souffle de Nanterre.

A Monsieur Johan Verstraeten,
Merci pour votre disponibilité et pour votre aide concernant les statistiques.

Aux Médecins du centre municipal de la santé et aux Médecins libéraux de Nanterre,
Je vous suis très reconnaissante d'avoir rendu ce travail possible en ayant bien voulu répondre au questionnaire.

A Michel,
Pour m'avoir soutenue tout au long de ce travail. Merci pour ta patience et ton amour. Je crois en notre bel avenir.

A ma mère,
Pour m'avoir toujours soutenue et conseillée. Avec toute mon affection et ma reconnaissance.

A mon père,
Pour m'avoir donné la vocation de ce métier et m'avoir aidé,
Que ce travail soit le témoignage de mon affection et de mon respect.

A mes sœurs et frère,
Je vous remercie de m'avoir soutenue et d'avoir toujours cru en moi.
Merci à ma sœur Sissie pour son aide précieuse concernant les graphiques.

Mes amitiés et mes remerciements à Annick Levaillant et à Agnès Teyssedou pour leur relecture attentive.

Merci à tous ceux qui par une parole ou une pensée m'ont encouragée tout au long de ce travail.

Sommaire

Liste des annexes

Liste des ABREVIATIONS

G.I.N.A. : the Global Initiative for Asthma

E.S.P.S. : Enquête Santé et Protection Sociale

E.F.R. : Exploration Fonctionnelle Respiratoire

D.E.P. : Débit Expiratoire de Pointe

V.E.M.S. : Volume Expiratoire Maximum Seconde

C.V.F. : Capacité Vitale Forcée

P.A.I. : Plan d’Action Individualisé

H.A.S. : Haute Autorité de Santé

E.T.P. : Education Thérapeutique du Patient

O.M.S.: Organisation Mondiale de la Santé

A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

I.N.P.E.S.: Institut National de Prévention et d’Education pour la Santé

C.P.A.M. : Caisse Primaire d’Assurance Maladie

E.T. : Education Thérapeutique

F.M.C. : Formation Médicale Continue

E.P.U. : Enseignement Post Universitaire

D.U. : Diplôme Universitaire

I.P.C.E.M. : Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale

Nb : Nombre

INTRODUCTION

L’asthme est une maladie inflammatoire à caractère chronique des voies respiratoires. De nombreux progrès thérapeutiques ont été réalisés ces dernières années. Mais des enquêtes récentes menées au sein de la population montrent que l’asthme (1) reste pour de nombreux patients insuffisamment contrôlé. L’asthme est une maladie multifactorielle avec des facteurs de risques endogènes et exogènes. La HAS (2) a édité en 2001 des recommandations de bonnes pratiques pour l’Education thérapeutique du patient (ETP) asthmatique qui ont pour objectif l’amélioration du contrôle de la maladie, de sa morbidité et de sa mortalité (3).

S’appuyant sur ces recommandations, une école de l’asthme s’est développée au sein du service de santé municipal de Nanterre depuis 2008. Son implantation au sein du réseau de soins associant médecin généraliste, infirmière, pédiatre, allergologue, pneumologue a été longue et difficile, et le nombre de médecins qui y participent en envoyant leurs patients est très faible.

D’autre part, l’ETP peut être réalisée par le médecin lors de sa consultation dont il est le principal acteur. Les médecins exerçant à Nanterre pratiquent-ils l’ETP chez leurs patients asthmatiques ?

Afin d’étudier l’implication des médecins dans l’ETP, nous avons mené une enquête sous forme de questionnaire, auprès des médecins généralistes, pédiatres, pneumologue et allergologue de la ville de Nanterre. Les résultats tirés de cette enquête permettront de déterminer la perception des médecins de l’ETP, les facteurs susceptibles de faciliter ou de limiter son intégration, au sein d’un réseau de soins local soit par l’intermédiaire de l’école du souffle ou individuellement au travers des consultations médicales.

ASTHME

ASTHME

1 DEFINITION

Selon la description physiopathologique et clinique du GINA 2009 : « l'Asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes. Cette inflammation sous-entend l'hyperréactivité bronchique responsable d'épisodes de dyspnée aiguë sibilante, de toux et de gêne thoracique, variables, et souvent réversibles associés à une obstruction bronchique variable et réversible » (4).

2 EPIDEMIOLOGIE

L'asthme est une maladie à prévalence élevée. En 2006, le taux de prévalence en France est de 6,7% (75). Le .nombre d'asthmatiques est passé de 3,5 millions en 1998, à 4,15 millions en 2006 (données de l'étude ESPS) (4) et des études montrent que la prévalence de l'asthme augmente dans les catégories sociales les plus défavorisées (7).

Les principaux facteurs de risque pour le développement de l'asthme sont les substances et particules qui sont inhalées et peuvent provoquer des réactions allergiques ou irriter les voies respiratoires : acariens, pollens, poils et squames de chat, les moisissures ,d' autres facteurs sont liés aux environnements : tabagisme passif, polluants atmosphériques biologiques et chimiques mais l'augmentation de la fréquence de l'asthme s'explique surtout par l'apparition de nouveaux allergènes (plantes et fruits exotiques, macromolécules polluantes) (5).Des facteurs génétiques interviennent également dans le développement de l'asthme. L'asthme est une maladie mortelle du fait des crises graves non contrôlées qu'elle engendre. Cependant, la mortalité liée à l'asthme a significativement baissé depuis 1986 et cette baisse peut être expliquée par

l'efficacité des traitements antiasthmatiques. Le plus faible nombre de décès en France a été observé en 2008 : 909 décès par asthme (6).

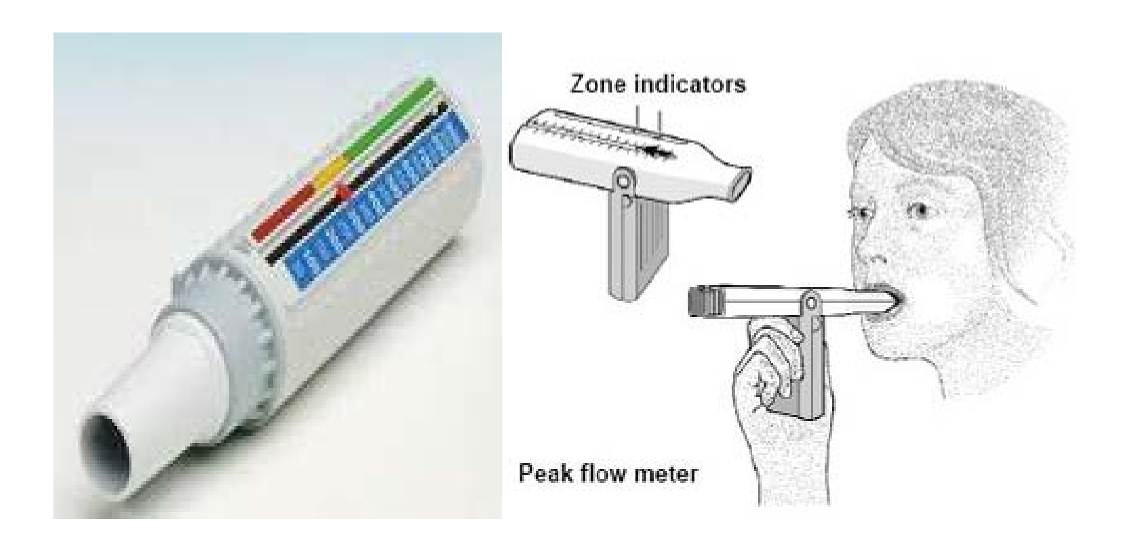
Les personnes les plus à risques de décéder par asthme sont les personnes âgées. Il faut noter par ailleurs qu'on n'observe plus de décès par asthme seul chez les jeunes (6).

3 DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'asthme est évoqué sur la clinique : toux, dyspnée aigüe sibilante, gêne thoracique. Mais la variabilité de l'asthme, sa chronicité, et sa réversibilité nécessitent une exploration complémentaire indispensable : **l'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR)**. Le GINA propose la valeur normale inférieure du VEMS/CVF à 0,70-0,80 pour définir l'obstruction bronchique chez le patient asthmatique (69). L'EFR affirme clairement le diagnostic si elle montre un trouble ventilatoire obstructif réversible de 12 à 15% par rapport aux valeurs théoriques, d'au moins 180 ml en valeur absolue après un traitement par béta-2 mimétiques de courte durée d'action. L'EFR n'est pas seulement utilisé pour le diagnostic mais est également recommandée pour le suivi médical des patients asthmatiques.

Un autre paramètre important dans le diagnostic et dans le suivi de l'asthme est : **le débit expiratoire de pointe (D.E.P.)** ou *peak expiratory flow*. Le D.E.P. est mesuré par un débitmètre, simple d'utilisation, qui peut être utilisé chaque jour par le patient. Le D.E.P. mesure le souffle et est déterminé par rapport à l'âge, au sexe et à la taille. Une baisse du D.E.P. par rapport à la norme théorique suggère une obstruction bronchique. La variabilité du D.E.P. définit la gravité de la crise d'asthme et la sévérité de l'asthme.

Le D.E.P. ou Peak flow



Mode d'emploi :

Le Peak flow, également appelé, Débitmètre de pointe est un petit appareil portable qui enregistre le débit respiratoire de pointe (D.E.P.). Plus simplement. Le mode d'emploi du Peak flow est simple : après avoir gonflé les poumons au maximum, bouche ouverte, placer l'embout de l'appareil entre ses dents, refermer ses lèvres autour, et souffler le plus fort et le plus rapidement possible. La manœuvre est répétée trois fois de suite, la valeur retenue étant la plus élevée.Le souffle est mesuré tous les jours et les résultats doivent être consignés sur un carnet de suivi. La baisse du débit de pointe ou encore l'absence de retour à sa valeur de base après un premier traitement de la crise est un signe d'alarme.

4 TRAITEMENT

De nombreux traitements de l'asthme ont été découverts grâce aux progrès de la recherche dans le domaine thérapeutique :

- les bêta -2 sympathicomimétiques sous forme inhalée

- les corticostéroïdes sous forme inhalée

- les antileucotriènes

- les corticostéroïdes systémiques

- les anti-IGE

Ces traitements sont utilisés seuls ou en association selon une stratégie basée sur les recommandations de la HAS (8)(56). Ils se divisent en traitement de la crise aigüe et en traitement de fond mais l'objectif est d'obtenir un contrôle optimal de l'asthme.

Une fois le diagnostic de l'asthme fait, le médecin établit une prescription médicale individualisée, détaillée, qui permet au patient d'adapter ses traitements en cas de crise d'asthme : le « Plan d'action ». Le plan d'action est basé sur l'appréciation des symptômes ou sur la mesure du DEP. Un exemple est fourni en *annexe 6* .

Au traitement médicamenteux de l'asthme s'associent des mesures d'éviction des allergènes présents dans l'environnement domestique du patient : élimination des poussières, diminution de la température ambiante, aération des pièces, éviction des animaux à poils (chiens ou chats)… L'exposition à la pollution atmosphérique extérieure est un facteur parfois difficile à contrôler mais on conseille au patient asthmatique d'éviter de sortir pendant les pics d'ozone ou de ne pas faire d'effort physique important. Le tabac, et essentiellement les substances irritatives contenues dans la fumée, ont un effet néfaste qu'il est fortement déconseillé au patient asthmatique.

5 LE CONTRÔLE DE L'ASTHME

Le contrôle de l'asthme apprécie l'activité de la maladie sur quelques semaines (1 à 3 mois) selon l'existence des symptômes diurnes, des symptômes nocturnes, la fréquence des crises, la notion de limitation des activités ou du recours à l'utilisation des

bronchodilatateurs. Ces critères sont définis dans les recommandations nationales de l'HAS 2004 (8) en *Annexe 5* et internationales GINA 2006 (9) *tableau 1*. Le contrôle de l'asthme permet de graduer la sévérité de l'asthme en 3 niveaux : contrôlé, partiellement contrôlé, non contrôlé (GINA 2006) (9) .

Tableau 1 : Critère de contrôle de l'asthme selon GINA 2006 :

	Contrôlé (toutes les caractéristiques sont présentes)	**Partiellement contrôlé (1 ou 2 caractéristiques présentes sur 1 semaine) ou non contrôlé (>ou = 3 caractéristiques présentes sur 1 semaine)**
Symptômes diurnes	Max 2 fois /semaine	Plus de 2 fois /semaine
Limitation des activités	pas	Toute limitation
Symptômes nocturnes	pas	Tout symptôme nocturne
Besoin de bronchodilatateurs	Max 2 fois/semaine	Plus de 2 fois/semaine
Fonction pulmonaire (DEP ou VEMS)	Normale	<80% de la valeur prédictive ou de la meilleure valeur personnelle
Exacerbations	Pas	Partiellement contrôlé : une ou plusieurs par an ; non contrôlé : une par semaine

Les données sur le contrôle de l'asthme en France tirées de l'enquête décennale de santé chez l'adulte (59), indiquent que chez 6 asthmatiques sur 10, le niveau de contrôle des symptômes est insuffisant dont partiellement dans 46% des cas et totalement dans 14% des cas. Ce manque de contrôle augmente la fréquence des hospitalisations et des consultations aux urgences. L'ETP fait partie intégrante de la prise en charge de

l'asthme et la connaissance de la notion de contrôle est nécessaire au praticien pour ajuster à la fois le traitement et les objectifs éducatifs.

EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT ASTHMATIQUE (ETP)

EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT ASTHMATIQUE (ETP)

1. HISTORIQUE

Hippocrate, « père de notre médecine », quatre cents ans environ avant notre ère, préconise au début de son livre « *Des affections* » de *« savoir se secourir dans les maladies par son propre jugement,… de discerner ce que les médecins lui disent et lui administrent »(*13). Il considère la santé comme un bien si précieux que chacun doit s'intéresser à la sienne. Par ces propos, il évoque déjà à l'époque l'idée que le médecin et le malade participent ensemble à la prise en charge de la maladie.

Cette notion d'implication du malade est restée longtemps ignorée. Souvent infantilisé, affaibli par la maladie et ignorant face au savoir médical, le patient n'a le choix que de se soumettre et de suivre les recommandations du médecin, d'autant que les progrès de la médecine se font de plus en plus éclatants.

Dans l'asthme, la prise en charge a été initialement optimisée par le développement de traitements efficaces. Il y a eu d'abord la période 1970-1986 : « l'innovation biomédicale » caractérisée par la mise sur le marché des nouvelles thérapeutiques inhalées, telle que le salbutamol en 1970 et le beclométhasone en 1986.

Le problème de l'asthme semblait alors à-priori résolu mais des études anglo-saxonnes effectuées dans les années 1990, mesurent les niveaux de qualité de vie par des questionnaires (Nottingham Health Profile ,AQLQ ,SF 36) (57)(58). Elles remettent en cause le fait que ces nouvelles thérapeutiques soient suffisantes et les résultats montrent que les scores relatifs à la qualité de vie physique et psychique des patients asthmatiques ne sont pas optimaux.

De là est née une réelle prise de conscience de la collectivité médicale par rapport à la nécessité de faire davantage participer le malade à sa prise en charge, tout en tenant compte de son profil psychosocial. Les études montrent que le fait de bien comprendre la maladie influe sur le contrôle de l'asthme.

Cette dimension nouvelle, abordée dans la charte de déclaration d'Ottawa (10) sur la promotion de la santé, donne un rôle prépondérant au patient. Cette charte indique : « afin de parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social », le patient doit pouvoir « s'identifier par rapport à la maladie et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'adapter » . Ce modèle bio-psycho-social de la médecine recouvre l'éducation thérapeutique du patient qui sera définie pour la première fois par l'OMS en 1998 (21) .

L'éducation thérapeutique met le patient en situation de « compétence ». Initialement dans son rôle de simple « informé », il va entreprendre un vrai partenariat avec le médecin pour une meilleure prise en charge de sa maladie. De nombreuses études ont en effet démontré le bénéfice de l'ETP sur la qualité de vie du patient.(11) (12)

En France, l'éducation devient une activité indispensable dans la prise en charge des maladies chroniques et des recommandations de bonnes pratiques pour l'éducation sont publiées par l'ANAES en 2001 (2). Leur mise en œuvre dans le système de santé se heurte cependant à des difficultés ; organisationnelles, de financement et de mobilisation des patients.

Les nouvelles orientations de l'Assurance maladie en la matière (19), la publication en 2007 du plan ministériel sur les maladies chroniques (20), la sortie prochaine du guide

de la Haute autorité de santé et de l'INPES sur le sujet, donnent progressivement un cadre référentiel et de développement à l'ETP qui devient une priorité nationale.

Les circulaires ministérielles (14) orientent vers le financement de l'éducation thérapeutique en ville et à l'hôpital, cependant, les structures d'éducation se concentrent plus dans les hôpitaux(15) (17) tandis qu'en ambulatoire elles ne sont pas nombreuses et ce sont celles qui prennent en charge les patients diabétiques qui sont les plus développées (16).

D'autre part, les médecins de ville semblent peu impliqués dans cette démarche d'ETP, comme l'indique le rapport de la direction générale de la santé (DGS) sur l'évaluation des écoles de l'asthme en France, « Les médecins de ville participent peu à l'activité, adressent peu de patients, ne connaissent pas la structure d'éducation et n'en voient pas l'intérêt» (18). Il semble qu'ils affichent encore une certaine prudence face à une prise en charge qui se situe entre « soins » et « prévention ».

Ces constats mettent donc en évidence l'existence d'un écart entre la théorie de l'ETP et leur pratique au quotidien. L'objectif de notre étude est d'en déterminer les causes.

2. DEFINITION DE L'ETP

Le ministère de la santé réactualise la définition de l'OMS (21) en 2008, Elle est plus centrée sur le besoin d'autonomie du patient atteint d'une maladie chronique (22) :

« L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne

l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents,…) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui ». (22)

3. LES BENEFICES DE L'ETP

L'ETP a apporté des bénéfices dans l'asthme notamment sur la réduction de la morbidité, l'amélioration de l'observance au traitement, l'amélioration de la qualité de vie.et la réduction du coût des soins (12)(27)(3).

L'inobservance du patient est la principale cause d'échec au traitement de l'asthme. L'observance thérapeutique peut être définie comme la concordance entre le comportement du patient et les recommandations du soignant. Plusieurs type d'erreurs par excès ou par défaut sont possibles : absence de prise médicamenteuse, prise de médicaments injustifiée, erreur de dose,…mais de façon générale, plus le traitement est astreignant avec un nombre de prise croissant et plus l'inobservance est importante (67). Certains patients asthmatiques ont une idée fausse concernant l'utilisation de leurs traitements et pensent que les médicaments sont mauvais, ou ne sont pas vraiment nécessaires (20). L'étude de *Storms* en 1994 (55) révèle qu'ils n'ont pas la patience de prendre un traitement qu'ils trouvent souvent compliqué. Pour d'autres, l'asthme n'est perçu que comme une maladie aigüe et les bronchodilatateurs de courte durée d'action sont surconsommés au détriment des traitements de fond que sont les corticoïdes inhalés (28). Les résultats du travail de *Fritz et all* (54) montrent que les techniques d'inhalation des aérosols sont rarement maitrisées chez les enfants et bien souvent ils manquent de coordination lors de la manipulation du MDI (*metered dose inhaler*). Les médecins sont

conscients et jugent qu'une mauvaise utilisation des aérosols est un problème, et pourtant ils ne vérifient la technique auprès de leurs patients qu'une fois sur deux en cas de mauvais contrôle et dans moins de 20% des cas de façon systématique (66). Le fait d'observer les patients utiliser les dispositifs et de corriger les erreurs a pourtant une efficacité immédiate dans 50 à 80% des cas (66). De la même manière, l'observance au traitement a été améliorée chez les enfants et adolescents asthmatiques grâce aux séances éducatives. La consommation de béta 2 d'action rapide a été réduite(12) : le nombre d'inhalations par mois est passé de 10 en 1,3 inhalations, au bout d'une période de 6 mois et l'utilisation des corticoïdes oraux a été également limitée (12).

L'asthme insuffisamment contrôlé peut devenir une source d'anxiété importante et générer une altération de la qualité de vie (gêne au cours des activités, absentéisme scolaire chez l'enfant). La mise en œuvre de programmes éducatifs visant l'autogestion de l'asthme (12), a amélioré la qualité de vie chez les patients participants à ces programmes. Le nombre de jours par mois sans symptômes a diminué : il serait passé en 6 mois, de 11 à 12 jours habituels à 3 à 5 jours, le nombre de réveils nocturnes, serait passé de 11 à 12 jours par mois à seulement 8 De la même façon, le nombre de jours d'absentéisme scolaire chez l'enfant et de dispense de sport ainsi que le nombre de passages aux urgences ont été réduits(11).

La satisfaction du patient est associée au contrôle de l'asthme et est plus élevée chez les patients bien contrôlés (65).Nous avons retranscrits ci-dessous quelques témoignages de patients qui suivis des séances éducatives dans des centres spécialisés en ETP et qui ont pu mieux gérer leur maladie.

Patient 1 : *« J'ai appris beaucoup de choses dans le centre de formation, je peux maintenant gérer mon asthme sans inquiétude. Je me sens calme et confiant sur le médicament. » (2)*

Patient 2 : *« Je suis asthmatique depuis toute petite, j'ai été hospitalisée 3 fois et j'en garde un souvenir très pénible. L'année dernière, mon médecin m'a proposé de suivre la formation organisée par l'école de l'asthme. J'ai appris beaucoup de choses et j'ai enfin compris ce que je pouvais faire pour éviter d'avoir une crise qui s'aggrave et éviter d'être hospitalisée. J'ai appris à bien écouter mon corps et on m'a remis un plan d'action que j'ai rempli avec mon médecin. Aujourd'hui, je sais bien évaluer l'état de ma respiration. Maintenant, quand je sais que mon asthme est en train de s'aggraver, je sais quoi faire et je me sens plus en sécurité. J'ai toujours sur moi ma carte d'asthmatique et cela me rassure »(31*

Enfin, l'asthme est une maladie à coût élevé estimé à 1,5 milliards d'euros en 2001 (29). Les dépenses de soins ambulatoires des asthmatiques sont supérieures de 60% à celles des sujets non asthmatiques (30). Ces dépenses sont imputées à la surconsommation en médicaments, aux consultations répétitives chez le généraliste, aux hospitalisations couteuses engendrées par la fréquence des crises. L'objectif de l'ETP est d'améliorer la prise en charge globale de l'asthme (2). Il permet non seulement de réduire les coûts des soins en ambulatoire mais également d'améliorer à long terme la morbidité liée à l'asthme.

4. CARACTERISTIQUE DE L'ETP

Dans sa formation initiale le médecin est formé pour prendre en charge une maladie aigue, il apprend l'indispensable « signes-diagnostic-traitement », une base médicale

première issue de la connaissance biomédicale. Cependant, Il devra vite se rendre compte que sur le terrain la maladie aigüe représente moins de 10% de l'ensemble de ses consultations en médecine et que le suivi à long terme de patients souffrant de maladie chronique constitue une majeure partie de son activité. Concernant l'asthme, le traitement des crises est nécessaire, mais insuffisant pour le contrôle au long cours de la maladie. Le rapport du médecin **à la maladie** et **au malade** subit alors une modification, car non seulement il va devoir s'occuper de la maladie mais aussi s'intéresser au patient qui occupe un rôle important. L'éducation thérapeutique consiste en une démarche structurée et organisée, centrée sur le patient, dans laquelle il est un partenaire à part entière, tout comme son entourage lorsqu'il s'agit d'un enfant. Eduquer un patient nécessite une compréhension de l'environnement dans lequel il évolue et la connaissance des difficultés qu'il rencontre. C'est une recommandation de grade A et fait partie intégrante de la prise en charge du patient asthmatique (24)(25) . Le médecin au travers de l'éducation thérapeutique propose au patient l'aide nécessaire pour que celui-ci devienne autonome, et qu'il contribue au bon contrôle de la maladie. L'ETP peut lui être proposée de façon précoce, lors du diagnostic de l'asthme ou pendant le suivi, si l'asthme est insuffisamment contrôlé. Elle comprend plusieurs étapes.

3.1 Le diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif constitue la première étape de l'ETP et est établit lors du premier entretien avec le patient. Le professionnel de santé apprécie les différents aspects de la personnalité du patient afin de déterminer les compétences que celui-ci doit acquérir selon son projet de vie (23). Les compétences sont les connaissances nécessaires au patient pour qu'il soit autonome vis à vis de la maladie et du traitement. Tout professionnel de santé formé à l'ETP peut être amené à faire le diagnostic éducatif. Il

peut s’agir du médecin généraliste, du pédiatre, du pneumologue, de l’infirmière, du kinésithérapeute, du pharmacien, du psychologue ou de l’assistante sociale. Leur formation leur permet d’être plus à l’écoute du patient, dans le but d’identifier les besoins, en tenant compte de l état émotionnel, du vécu, de la représentation de la maladie ou du traitement. Les questions posées lors du diagnostic éducatif se portent sur:

- le patient a (l’asthme, ancienneté, fréquences des crises,…)
- Ce qu’il sait (de la maladie, de l’utilité des traitements, de l’éducation thérapeutique,..)
- Ce qu’il fait (activités, loisirs, profession, environnement social, etc ...)
- Ce qu’il est (réaction face à une situation de stress, stade dans le processus Ce que d’acceptation de la maladie, ses opinions,…)
- Son projet de vie (les projets à court terme et à long terme qu’il souhaiterait réaliser..)

3.2 Le contrat d’éducation et les techniques éducatives

Le contrat éducatif précise les compétences que le patient doit acquérir. En général, elles sont de trois ordres :

- **Intellectuelles** : le patient doit en premier lieu faire la différence entre son traitement préconisé pour la crise et celui qui concerne le traitement de fond. Il doit être aussi capable de reconnaître les signes qui lui sont propres à l’annonce d’une crise d’asthme, tout comme être capable de mesurer correctement le DEP et de mettre en relation ces symptômes avec le plan d’action prévu. Enfin, il doit pouvoir agir de manière conséquente (51) : appeler le SAMU ou le médecin traitant par exemple.
- **Gestuelles** : il doit être capable d’utiliser correctement un aérosol doseur par une bonne coordination entre l’inspiration et le déclenchement de l’aérosol, tout en sachant

maintenir une inspiration lente et profonde, garder une apnée à la fin de cette inspiration.

- **De communication avec autrui** : il doit être en mesure d'expliquer de manière succincte sa maladie, de transmettre les informations essentielles concernant son état de santé.

Les difficultés du patient sont prises en compte dans l'établissement du contrat et le professionnel de santé doit pouvoir les objectiver. Ils doivent rechercher ensemble par la négociation un accord en respectant les compétences sécuritaires obligatoires qui ont pour but de ne pas mettre la vie du patient en danger : autogérer son traitement, apprécier les symptômes et mesurer le DEP (grade A) (2).

Le contrat éducatif définit **les moyens techniques** à utiliser et planifie les séances éducatives dans le temps. Plusieurs choix de techniques pédagogiques et d'animation diverses peuvent être proposés : étude de cas, jeu de rôle, atelier du souffle, jeu de la paille, Photolangage R*, table ronde/tour de Table, ou encore relaxation. Elles ont été conçues pour s'adapter aux modes d'apprentissage des patients. Des exemples d'outils d'éducation sont représentés en *annexe 8*

A titre d'exemple également, la liste des compétences et pour chacune d'elles les choix de techniques d'apprentissage de l'école du souffle de Nanterre est proposée en *annexe 7*

3.3 <u>L'évaluation des compétences</u>

Les acquis et les changements de comportement du patient sont évalués à la fin de chaque séance éducative. Cette évaluation permet de renseigner sur ce que ce dernier doit encore améliorer. Une évaluation finale à la fin des sessions est proposée pour

vérifier si l'ensemble des compétences décrites dans le contrat éducatif est acquis. Elle se fait en général sous forme de questionnaire mais d'autres formes existent et sont utilisées différemment, par exemple les cas cliniques avec QCM, les cartes de Barrows, les grilles d'attitudes et gestuelles…

5. LE PROGRAMME D'EDUCATION « SIMPLIFIEE »

Le médecin se base sur ses connaissances, ses savoirs techniques, et ses expériences pour prendre en charge ses patients. Son approche de l'éducation thérapeutique peut être très variable (13) et sa représentation de l'éducation floue (14). Souvent il résume sa démarche éducative selon un « programme d'éducation simplifiée » qui consiste à communiquer des informations à un groupe ou à un individu. Ce programme se porte sur la physiopathologie de l'asthme, la maîtrise des facteurs déclenchant, l'effet secondaire des médicaments et n'a pas montré d'impact sur la diminution des hospitalisations pour asthme ou la fréquence des consultations aux urgences. Il n'a pas non plus permis d'observer une diminution de l'absentéisme scolaire. Par contre, la perception des patients des symptômes s'est améliorée (23)

6. IMPORTANCE DE L'APPROCHE COGNITIVO COMPORTEMENTALE DANS L'ETP

Les patients asthmatiques sont souvent confrontés à des difficultés qui les empêchent de bien gérer leur maladie : une mauvaise perception de la dyspnée, de l'anxiété ou un schéma cognitif inadapté. Leur attitude face à la maladie dépend en grande partie de leur état psycho- affectif ou émotionnel et leurs plaintes lorsqu'ils viennent voir le médecin sont formulés en conséquent. Il est essentiel pour le professionnel de santé de comprendre cet aspect et de répondre de manière appropriée. Il peut alors utiliser une

approche type « résolution du problème » centrée sur le patient qui peut progressivement emprunter le modèle cognitivo comportemental. C'est un concept encore mal intégré au sein de la population soignante, bien que les études ont montré qu'il contribue à une meilleure prise en charge de l'asthme (27).

6.1 La dyspnée, l'anxiété et le schéma cognitif inadapté

Une simple hyperventilation peut induire une sensation dyspnéique désagréable chez le patient et l'handicaper inutilement, c'est la dyspnée subjective. Paradoxalement, il lui sera essentiel de reconnaître une vraie dyspnée objective, due à la broncho constriction car celle ci le renseignera sur son état respiratoire.

L'anxiété est une des émotions négatives le plus souvent à l'origine de la dyspnée subjective. Elle est évoquée notamment lorsque d'autres symptômes y sont associés tels que la douleur thoracique. D'autres émotions négatives peuvent se manifester sous forme d'humeur triste, de dépression, d'irritabilité. Chez l'asthmatique, l'acceptation de ces émotions se fait difficilement et sont souvent somatisées. Cette somatisation qui traduit la plupart du temps une difficulté à exprimer les ressentis, trouve son origine dans une mauvaise compréhension du fonctionnement de la maladie.

Le schéma cognitif inadapté correspond à des représentations erronées de la maladie, qui génère une tendance à minimiser la gravité de celle ci, une mauvaise perception de l'efficacité des traitements ou une mauvaise utilisation des traitements.

6.2 Les techniques de prise en charge cognitif

Les techniques de prise en charge cognitif sont nombreuses. Elles visent à apprendre au patient à mesurer l'impact de ses pensées automatiques dysfonctionnelles sur ses émotions, sur son comportement, puis à l'amener à modifier ces pensées. On peut citer

en exemple les techniques de ***coping*** par lesquelles le patient doit rechercher des stratégies pour faire face à un évènement perçu comme menaçant sur son bien-être physique et psychique. L'objectif est de changer l'appréciation subjective ou l'affect lié à la situation menaçante, pour la changer réellement et la contrôler.

Ces techniques sont utilisées dans l'ETP. De nombreuses études dont celle de Park et *coll* en 1996, sur l'application des thérapies cognitives dans la prise en charge de l'anxiété chez 23 jeunes patients asthmatiques de 7 à 15 ans a montré dans ses résultats une nette diminution des fréquentations des urgences, des hospitalisations ainsi que l'utilisation des corticoïdes per os. L'absentéisme scolaire a également régressé (27).

6.3 La thérapie comportementale dans l'éducation de l'asthme

Le comportement inadéquat du patient en rapport avec le traitement ou la connaissance de la maladie peut être résolu par les techniques de prise en charge comportementale. Les techniques visent à aider le patient à mieux identifier les symptômes, à acquérir une bonne technique d'inhalation, à mieux contrôler les facteurs environnementaux (éviction des allergènes, prise en charge du tabagisme), et à prendre les bonnes précautions lors des exercices physiques (connaissance des contre indication, nécessité d'un échauffement, prise de médicament avant l'effort, ….)

Le principe repose sur l'auto-observation, puis sur le contrôle des stimuli, de façon à modifier le comportement du patient, en évitant l'arrivée d'un stimulus négatif et en favorisant un comportement positif (Put *et coll* .2003).

L'étude de Put *et coll* en 2003 sur l'impact d' un programme destiné à changer le comportement de 23 patients, porteurs d'un asthme modéré, symptomatiques montre l'influence bénéfique qu'apporte la technique comportementale sur la connaissance des

symptômes, l'observance aux traitements, la bonne utilisation du DEP, l' attitude vis-à-vis de la maladie, et l'efficacité de l' auto gestion de l'asthme (27)

6.4 La relation médecin-malade

Le problème de l'inobservance chez le patient vient du manque de motivation. Le « sentiment d'efficacité personnelle » est une croyance partagée entre le patient et le médecin sur leurs capacités conjointes de mener des actions de changement (53).Il influe considérablement sur la motivation du patient.

Les attentes du patient vis-à-vis de son médecin se situent à trois niveaux :

- l'aide à la compréhension de sa maladie,
- le besoin d'être compris,
- l'aide thérapeutique.

Son changement de comportement décrit par *P.Légeron* (52) dans le modèle PADIM passe par différentes étapes :

- Le patient possède l'information,
- Il adhère à l'information,
- Il décide de changer de comportement,
- Il initie le changement,
- Il maintient le changement.

Dans ce processus, le médecin repère l'étape à laquelle se situe le patient et répond à ses besoins. Il suscite continuellement chez lui la motivation au changement. Il s'agit pour le médecin de faire un réel travail d'aide dans l'engagement personnel du patient. Les qualités qui lui seront nécessaires pour cela sont :

- pédagogiques c'est-à-dire avoir des capacités d’éduquer les patients,
- empathiques : avoir des capacités de communiquer avec les patients, d’améliorer l’aide et les conseils apportés au patient
- thérapeutiques c'est-à-dire avoir des capacités d’accompagner le patient tout au long de son traitement.

L’ECOLE DE L’ASTHME

LES RESEAUX DE SANTE ET RESEAUX DE SOINS

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité, ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publiques. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations (60)

Les réseaux de soins sont les réseaux expérimentaux visés par le code de la sécurité sociale. Centrés sur le soin et des pathologies très spécifiques, ils doivent faire l'objet d'un agrément ministériel.

A PROPOS DES ECOLES DE L'ASTHME

Devant la forte prévalence de la maladie, les pays anglo-saxons ont été les premiers, dans les années 1990, à lancer la création des écoles de l'asthme.

La France s'en est inspirée et plusieurs écoles ont été formées sous l'impulsion des pneumologues et des pneumo-pédiatres hospitaliers. Leur nombre a augmenté sur le territoire national notamment en Ile de France qui y concentre un certain nombre (32). On les appelle « école de l'asthme », « école du souffle », ou « espace du souffle ». Ces écoles accueillent les patients asthmatiques intéressés par l'éducation thérapeutique et permettent également d'accueillir les proches des patients. La liste des écoles de l'asthme se trouve sur différents sites Internet, tels que le site « Asthme & Allergie » (31).

En ambulatoire, l’école du souffle est une activité récente dont le développement réel sur le terrain est en cours d’expérimentation (33). Il semble qu’il existe encore des freins liés à la sensibilisation des patients ou à la coordination avec les médecins de ville (34)

ECOLE DU SOUFFLE DE NANTERRE : « Le Club du Souffle »





Sur Nanterre, on estime le nombre de la population à 92000 habitants, mais l'offre de soins destinés aux patients asthmatiques est insuffisante: il y a 1 pneumologue libéral, 1 allergologue libéral, 3 pédiatres libéraux, 4 PMI (dont 2 municipales et 2 départementales).53 généralistes libéraux et 8 généralistes salariés, un médecin du sport salarié, et un allergologue salarié. .

L'école du souffle de Nanterre « le club du souffle » a été créé en 2008 pour l'éducation thérapeutique des adultes et enfants asthmatiques et de leurs familles.

C'est un **réseau de soin local** qui répond aux recommandations nationales sur la nécessité d'une structure de soin de proximité pour les patients asthmatiques. Accueillie favorablement, le « club du souffle » a reçu une subvention de la CPAM.

Nanterre est une ville où la précarité est importante et les patients n'ont pas toujours les acquis de base pour bien comprendre les mécanismes de l'asthme. L'école du souffle est implantée dans une structure municipale et facilite l'accès des populations asthmatiques non seulement au traitement mais aussi à l'information.

Les séances éducatives se déroulent dans un local du centre. L'équipe est composée d'un médecin coordinateur, d'un allergologue, d'une Infirmière. Ces intervenants sont tous formés à l'ETP.

1 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

L'école du souffle a recours à deux modes d'intervention : les séances individuelles et les séances de groupe mais ce dernier est utilisé préférentiellement aux enfants.

Les séances éducatives sont assurées par une infirmière diplômée d'état (IDE) formée en éducation thérapeutique. Le public cible est constitué par tous les patients asthmatiques de tout âge : enfants, adultes, et leurs familles. Le degré de sévérité de l'asthme chez le patient ne constitue pas pour le club du souffle, un critère cible d'intervention. L'IDE effectue le diagnostic éducatif lors de la première rencontre avec le patient et établit le contrat éducatif. Elle définit ensuite les objectifs du programme et propose au patient deux à cinq sessions éducatives, chacune d'une durée d'une heure, pendant lesquelles des outils d'éducation seront utilisés.

Tous les patients sont vus par un allergologue individuellement, soit avant la première session éducative soit à tout moment de l'ETP pour valider l'action éducative et donner éventuellement un complément d'informations médicales aux malades.

Le nombre de demi-journées de fonctionnement est de : 3 demi journées par semaine soit environ 11 heures 30 minutes par semaine. Une demi-journée supplémentaire est dédiée à l'évaluation téléphonique auprès des patients, au contact des partenaires dans le cadre de la préparation des ateliers d' animation, au secrétariat ou à la mise à jour des fichiers de contact des médecins, de suivi des patients, et enfin à l'envoi des comptes rendus éducatifs aux médecins traitants.

Les comptes rendus sont envoyés systématiquement aux médecins avec l'accord des patients mais il n'existe cependant pas de retour venant des médecins traitants. L'information tirée de leur suivi reste cependant importante car elle permettra à l'école du souffle de revenir sur un aspect de l'éducation selon les demandes des patients, l'évolution de la maladie et le changement de traitement.

2 LES MOYENS DE COMMUNICATION ET DE PROMOTION DE LA STRUCTURE

Ils sont multiples :

- Présentation lors de l'amicale des médecins de Nanterre
- Information par le biais de l'Internet et les journaux de la ville
- Brochures ou plaquettes distribuées aux médecins de la ville et du CMS
- Journée porte ouverte sur l' asthme organisée par la ville de Nanterre
- Recrutement de bouche à l'oreille par l'infirmière du club de souffle

3 RAPPORT D’ACTIVITE DE L’ECOLE DU SOUFFLE DE NANTERRE 2009/2010

Durant l’année 2009/2010, onze médecins ont adressé leurs patients à l’école du souffle:

- 3 médecins généralistes libéraux,
- 6 médecins généralistes du centre de santé,
- 2 médecins spécialistes du centre de santé : 1 allergologue
  1 gynécologue

Cet effectif reste faible. 22 médecins n’ont pas participé à l‘école du souffle mais ont des patients suivis à l’école du souffle, il s’agit de :

- 7 médecins du centre de santé
- 12 médecins généralistes libéraux
- 3 médecins spécialistes (pneumologues) dont 2 hors secteur.

D’autres sources non médicales ont contribué à l’envoi des patients :

- La filière paramédicale: l’infirmière de l’école du souffle, une infirmière du centre de santé et une infirmière de l’association « asthme et allergie ».
- L’association des patients « asthme et allergie ».

58 patients ont participé à l’école du souffle durant l’année 2009/2010. Quarante et un se sont engagés dans le programme ou ont suivi au moins une séance éducative. Ces personnes ont été adressées par les professionnels de santé ou se sont présentées spontanément (cf. tableau 1)

Tableau 1 : effectif des patients recrutés et leurs provenances.

Provenance des patients	**Effectif des patients**
Adressés par les médecins du centre de santé	25
Adressés par les médecins de ville	2
Recrutés par l'intermédiaire d'IDE	4
Adressé par Association Asthme et Allergie	1
Candidatures spontanées	9
Total	**41**

Source : Données fournies par l'école du souffle de Nanterre sur l'année 2009-2010

Parmi les 41 patients :

- 3 patients sont perdus de vue avant même de commencer les ateliers.
- 38 ont suivis 1 atelier.
- 32 ont au moins suivis 2 ateliers,
- 12 ont suivis au moins 4 ateliers,
- 16 ont suivis au moins 5 ateliers,
- 3 ont suivis 6 ateliers.
- Le nombre d'abandons après la première séance ou atelier est de 6.

Le club du souffle a pu identifier le nom des médecins traitants de tous les malades. Ce qui a permis de réaliser 25 comptes-rendus A noter que quelques patients n'ont pas souhaité que les comptes rendus les concernant soient adressés à leur médecin traitant.

ENQUÊTE PROFESSIONNELLE

ENQUÊTE PROFESSIONNELLE

1 OBJECTIFS

L'enquête avait pour objectif principal d'identifier la perception des médecins généralistes et spécialistes de la ville de Nanterre de l'éducation thérapeutique du patient asthmatique, de savoir s'ils pratiquent l'ETP lors de leurs consultations, et de repérer les facteurs limitant et favorisant leur pratique de l'ETP.

L'objectif secondaire était de faire une étude sur leur participation à l'école du souffle de Nanterre, d'en faire ressortir les facteurs favorisants et les facteurs limitant leur participation. L'hypothèse initiale était que l'éducation thérapeutique du patient restait un outil peu utilisé au sein d'un réseau local de soins.

2. METHODES

2.1 Sélection de la population étudiée

La population étudiée est celle des médecins généralistes et spécialistes de la ville. Les médecins généralistes concernés sont ceux du centre municipal de la santé de Nanterre et les médecins libéraux. Les questionnaires sont adressés à 53 médecins généralistes libéraux, 5 médecins spécialistes dont un pneumologue, trois pédiatres, un allergologue, et huit médecins généralistes du centre de santé. La population étudiée représente en tout 66 médecins.

L'enquête s'appuyait sur un questionnaire papier expédié par courrier contenant une enveloppe pré-timbrée pour la réponse. Les coordonnées des médecins généralistes ont été relevées dans une liste actualisée, puis complétée par les adresses des spécialistes notées dans l'annuaire des adresses de la ville de Nanterre.

Le premier envoi des questionnaires est effectué le 20 juin 2010, il n'y a pas eu de date limite pour les réponses et le retour des enveloppes a été échelonné. Une deuxième relance est expédiée début octobre 2010 et la date limite de réponse a été arrêtée au 31 octobre 2010.

2.2 <u>Le questionnaire</u>

Le questionnaire était anonyme. Il comportait une première et courte partie caractérisant le médecin, puis une deuxième partie comportant 19 questions à choix multiples dont certaines à plusieurs items, cela aboutissant à 35 items. Ces questions sont relatives à la perception du médecin de l'éducation thérapeutique, à leur pratique, et à leur participation à l'école du souffle. Une seule question est suivie d'espace pour permettre une réponse libre.

Le questionnaire a été testé au préalable avec deux médecins généralistes dont un lors d'un entretien : ces derniers n'ont pas fait partie de l'échantillon des médecins sélectionnés. Le temps de remplissage était d'environ 5 minutes. Un exemplaire rempli est présenté en *Annexe 3.*

Les résultats ont été saisis et analysés grâce au logiciel MODALISA, avec l'aide du statisticien du service de, prévention de la santé de la ville de Nanterre.

3 RESULTATS

3.1 Caractéristiques générales

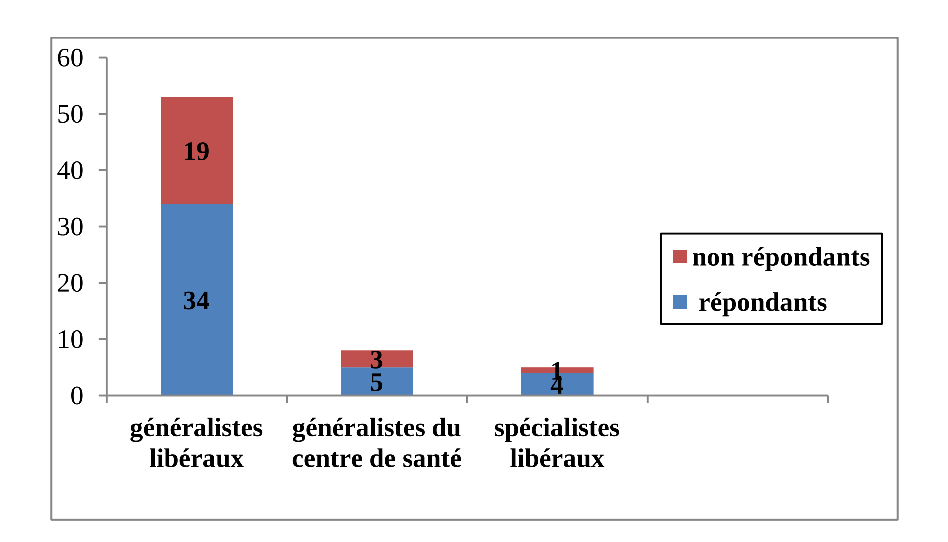
66 médecins ont été sollicités pour le questionnaire, 65% d'entre eux ont répondu dont 62.79% (nb= 27) qui ont répondu dès le premier envoi et 37,21% (nb = 16) après relance.

La répartition du taux de réponse des médecins sollicités est représentée dans le tableau 1 et le graphique 1

Tableau1 : Répartition du taux de réponse des médecins sollicités à l'enquête selon la spécialité et le mode d'exercice mode d'exercice

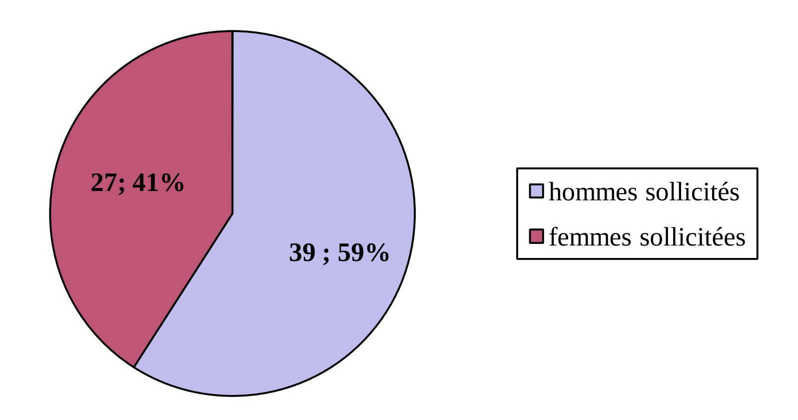
Mode d'exercice du médecin	**Répondants**	**%**	**Non répondants**	**%**	**Total**	**%**
Généralistes libéraux	34	64%	19	36%	53	100%
Généralistes en centre de santé	5	62,5%	3	37,5%	8	100%
Spécialistes libéraux	4	80 %	1	20%	5	100%
Total	**43**	**65%**	**23**	**35%**	**66**	**100%**

Graphique 1 : Répartition en nombre des réponses des médecins sollicités selon la spécialité et le mode d'exercice



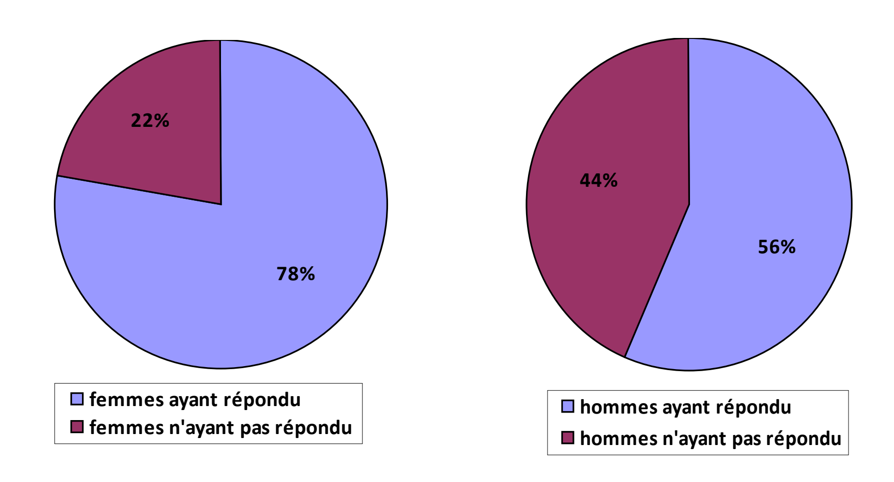
Parmi les 38 médecins répondants exerçant exclusivement en libérale, 4 sont spécialistes et 34 généralistes.

Graphique 2 : Répartition de la population médicale sollicitée selon le sexe



Parmi les 66 médecins sollicités, 41% sont des femmes (nb = 27) et 59% sont des hommes (nb = 39).

Graphique 3 : Répartition du taux de réponse des médecins sollicités à l'enquête selon leur sexe



Le taux de réponse est plus élevé chez les femmes (78%) soit 21 femmes sur 27, que chez les hommes (56%) soit 22 hommes sur 39. Ce constat nous montre que les femmes sont plus sensibles à l'approche de l'ETP que les hommes.

Tableau de contingence

	non répondants		répondants		total
femmes	6	11,5	21	21,5	27
hommes	17	11,5	22	21,5	39
total	23		43		66

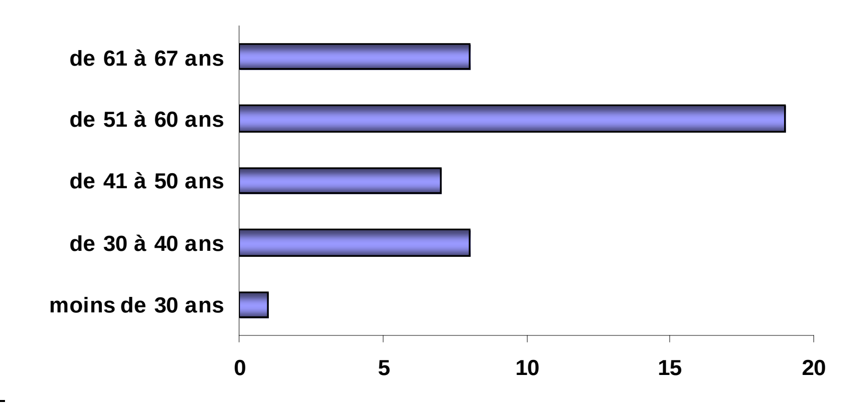
Khi2 = 7.364 1 DDL= 3.84

L'écart entre le taux d'hommes répondants et celui des femmes est significatif (p= 0.01).

Dans l'étude des résultats des répondants, le nombre de femmes et d'hommes sera quasiment identique (21 femmes et 22 hommes).

Graphique 4 : Répartition du nombre de réponse des médecins sollicités à l'enquête selon leur âge

Nous avons crée 5 tranches d'âge homogène environ de 10 ans.



-

Le taux de répondants est quasiment identique pour les médecins entre 30 et 40 ans et de 61 à 67 ans (18 %). On observe une très forte participation chez les médecins entre 51 et 60 ans (44%).

L'âge moyen des médecins Nanterriens répondants est de : 55 ans.

3.2 Les médecins et la définition de l'ETP

3.2.1 Les réponses des médecins à la question à choix multiples

Question n° 10 du questionnaire : « Voici quelques définitions, cochez celle(s) qui vous semble (ent) répondre à l'éducation thérapeutique ? » :

Cette question à choix multiples a été posée pour savoir comment les médecins définissent l'ETP. Nous avons choisi des réponses dirigées en se basant sur ce que pourrait percevoir le médecin de l'ETP (63), sur la définition du ministère de santé (22), des réponses fausses ne correspondant pas du tout à la définition de l'ETP sont

volontairement mis. Nous les avons ensuite reparti en trois catégories de réponse selon les principes d'analyse qualitative (62).

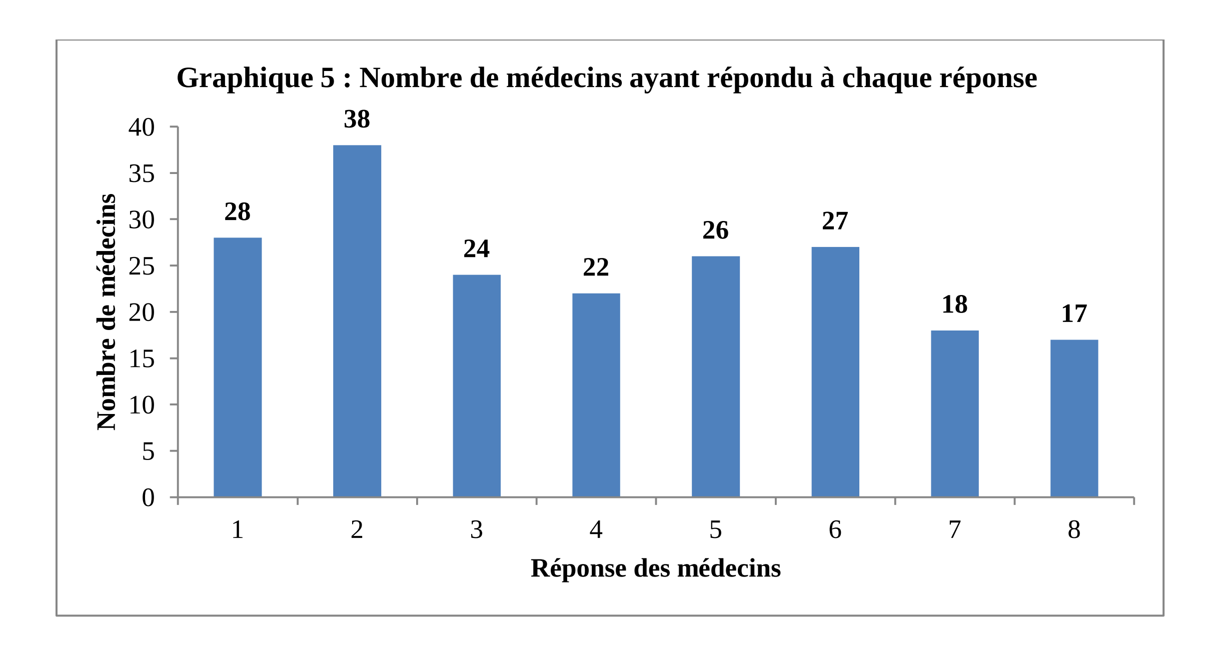
Les catégories de réponse sont les suivantes :

- Catégorie de réponse correspondant à la seule et bonne réponse
  - Réponse **1** : « accompagner le patient pour lui permettre de s'autonomiser dans la gestion de la maladie » (22)
- Catégorie de réponse correspondant aux principes utilisés dans l'éducation du patient mais ne répondant pas à la définition de l'ETP
  - Réponse **2**: « expliquer au patient sa maladie ou son traitement »,
  - Réponse **3** : « être partenaire avec son patient ou sa famille »,
  - Réponse **4** : « travailler en équipe pluridisciplinaire pour mieux prendre en charge un patient ou sa maladie »,
  - Réponse **8** : « être à l'écoute du patient pour mieux le connaître ».
- Catégorie de réponse qui ne correspondent pas à la définition de l'ETP et qui ne s'y apparentent pas
  - Réponses **5**: « recadrer le patient lors des dérapages de traitement »,
  - Réponse **6** : « assurer un bon suivi à partir des bonnes recommandations de bonne pratique »,
  - Réponse **7** : « donner au patient le meilleur traitement existant »

Les médecins ont ainsi eu la possibilité de choisir plusieurs réponses, le choix n'a pas été limité à une seule réponse possible. Cette possibilité de choix multiples peut présenter des limites puisqu'il diminue la probabilité d'obtenir plus de bonnes réponses.

Seuls deux médecins ont choisi à une seule réponse exclusivement et ont répondu à la bonne définition (réponse 1 accompagner le patient pour lui permettre de s'autonomiser dans la gestion de la maladie)

Le graphique suivant représente le taux de réponse donné à chacune des questions prise individuellement, ne faisant pas la distinction si le médecin a répondu à un seul ou à plusieurs choix. Par exemple, le même médecin pourrait contribuer à la fois à la question 1, 2, 3, 4 et 8.



La réponse 2 est la plus souvent citée chez les médecins, ils définissent l'ETP comme une explication au patient de sa maladie ou de son traitement.

La réponse 8 est la moins répandue dans les réponses des médecins, l'ETP est donc moins considérée comme une simple écoute du patient pour mieux le connaître.

Les réponses les plus citées sont dans la catégorie de réponse pour laquelle l'ETP correspond aux principes utilisés dans l'éducation du patient (réponses 2, 3, 4 et 8) le nombre total de réponses est de 101.

L'analyse des catégories de réponse données par les médecins montre que :

- Seuls deux médecins ont répondu exclusivement à la bonne définition, soit seulement 5% des médecins répondants.
- 12% des médecins répondant ont répondu à la bonne réponse et à la catégorie des réponses qui définit l'ETP comme des principes utilisés dans l'éducation du patient. Ces médecins ont confondu les deux notions.
- 84% des médecins répondants, c'est-à-dire la majorité des médecins, ont une approche vague et non précise de l'ETP car ils ont répondu dans les trois catégories de réponses dont les réponses ne s'apparentant pas du tout à l'ETP.

3.2.2 Les réponses des médecins à la question ouverte

Nous avons laissé une question ouverte aux médecins.

Question n°6 du questionnaire : « Pour vous, qu'est ce que l'éducation thérapeutique ? (en deux lignes) »

Nous avons analysé qualitativement les réponses afin d'explorer leur point de vue. Certains mots, groupe de mots ou verbes reviennent régulièrement et ont été classés par catégories selon leur appartenance à la même famille, orientation ou idée selon les bases des principes d'analyse qualitative (62). Des exemples de réponses des médecins sont retranscrits dans les catégories ci-dessous mais la liste complète se retrouve en *annexe 4*. Les réponses seront ensuite explorées quantitativement par le calcul du nombre de fois que ces mots ou groupes de mots reviennent (*tableau 2*). Nous nous sommes aidés de l'outil « classement thématique global » du logiciel MODALISA pour classer les réponses.

1) Catégorie 1 : **Information** : l'ETP consiste dans cette catégorie à délivrer des informations

*« **information** sur la maladie et les fréquences, **information** sur la nécessité du suivi annuel » « **information** sur le traitement exploration » ; « les **informer** sur l'intérêt des traitements : crise + traitement de fond »*

2) Catégorie 2 / **expliquer/apprendre/faire comprendre /faire connaître** : il existe une similitude entre ces mots ou groupes de mots dans le sens où ils manifestent une intention passive du médecin vis-à-vis de son patient à partager ses connaissances sur la maladie

*« **apprendre** à reconnaître la crise pour qu'il arrive à la maîtriser » ;« bonnes **explications** en prenant son temps,… » ; « …**faire comprendre** le but du traitement… » ; **« explication** de la maladie et points d'impact des différentes thérapeutiques » ; **« explications** claires à l'aide de schémas pour que chaque patient puisse prendre son traitement en charge (modulation) » ; « **expliquer** avec des mots simples des gestes simples la façon d'utiliser correctement un traitement » ;« **expliquer** la maladie, **expliquer** le traitement » ;« **faire connaître** les divers traitements et la hiérarchie dans les crises sensibiliser aux risques d'aggravation de l'asthme éventuellement peak flow » ; « On **explique** ce qu'est l'asthme et pourquoi il faut le traiter et comment »*

3) Catégorie 3 /**Observance** : dans ces réponses, les médecins ont répondu que l'ETP permet d'améliorer l'observance au traitement, c'est en effet un objectif de l'ETP mais ne permet pas de le définir :

*« ….**observance** du traitement de fond….**observance** des traitements de crise » ; « ….savoir prendre son traitement de fond » ; « traitement de fond et traitement de crise » ;« …**compréhension** du traitement de fonds savoir adapter les traitements ponctuels »*

4) Catégorie 4 /**Technique d'inhalation /utilisation**: dans cette catégorie, les médecins associent l'ETP au bon usage des traitements et des techniques. C'est un objectif de l'ETP mais pas sa définition

*« **bon usage** des traitements **inhalateurs**…. » ; « apprentissage de **la technique** de prise des médicaments… » ; « apprendre à **utiliser les inhalateurs** … » ; **« inhalation** + + »*

5) Catégorie 5/**Education** : Nous avons groupé sous cette catégorie, les réponses qui se rapprochent le plus de la notion de l'éducation thérapeutique et donc de sa définition, les réponses ici ont été retranscrites entièrement

« leur apprendre comment prendre le traitement, vérifier la compréhension-les informer sur l'intérêt des traitements : crise + traitement de fond-les rendre autonome par rapport à la gestion de la crise »

*« **l'éducation thérapeutique** permet une meilleure observance thérapeutique et à une meilleure compréhension, permet une meilleure sécurité en connaissant mieux les signes et la conduite à tenir en cas d'urgences »*

*« l'amener à bien **comprendre** sa maladie et ses traitements pour mieux se prendre en charge »*

6) Catégorie 7 **: Autonomie** : les médecins ont répondu que l'ETP permet l'autogestion du patient, ces réponses se rapprochent de la définition :

*« …rendre **autonome** par rapport à la gestion de la crise » ; « **autoanalyse** de son état respiratoire » ; « …évaluation **autonome** de la gravité et de l'évolution-connaître conduite à suivre devant une crise » ; « un accompagnement du patient pour une meilleure **autonomie** dans la prise en charge de sa maladie» ; « faire acquérir au patient des compétences pour **gérer sa maladie** »*

Tableau 2 : Répartition de répétition des groupes de mots

Groupes de mots	Nombre de répétition	Taux de répétition
Education	3	5%
Observance	7	11%
Autonomie	7	11%
Information	8	13%
Techniques d'inhalation / utilisations	12	19%
Expliquer / Apprendre / Faire comprendre le traitement ou la maladie	25	40%
Nombre total de réponses	**62**	**100%**
Non réponse	**2**	**100%**

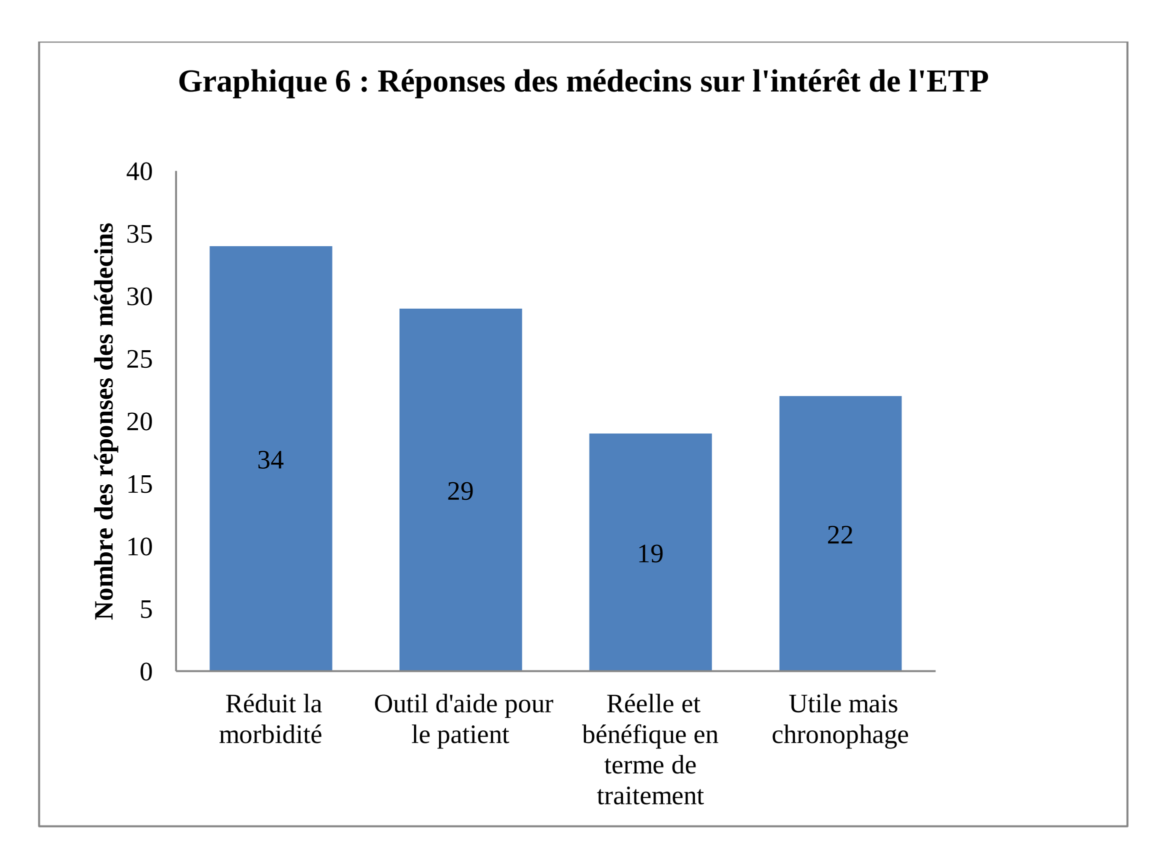
Nous constatons que, les groupes de mots : « expliquer, apprendre, comprendre le traitement ou la maladie » « techniques d’inhalation/utilisation » et « Information » reviennent fréquemment. Les idées se rapportant à « Autonomie » se répètent 7 fois, et à « éducation » 3 fois.

Compte tenu de ce résultat la majorité des médecins perçoivent l’ETP par l’explication du traitement ou de la maladie, par l’apprentissage des techniques d’inhalation ou par l’information du patient. Or l’apprentissage simple ou l’information ne suffisent pas à définir l’ETP, les réponses qui se rapprochent le plus de l’ETP sont trouvées dans les catégories « autonomie » et « éducation » et ne représentent que 16% seulement des réponses (nb = 10 réponses).

3.3 L'intérêt des médecins pour l'ETP

Question n°11 du questionnaire : « Pour vous l'éducation du patient asthmatique (cocher une ou plusieurs réponses) » :

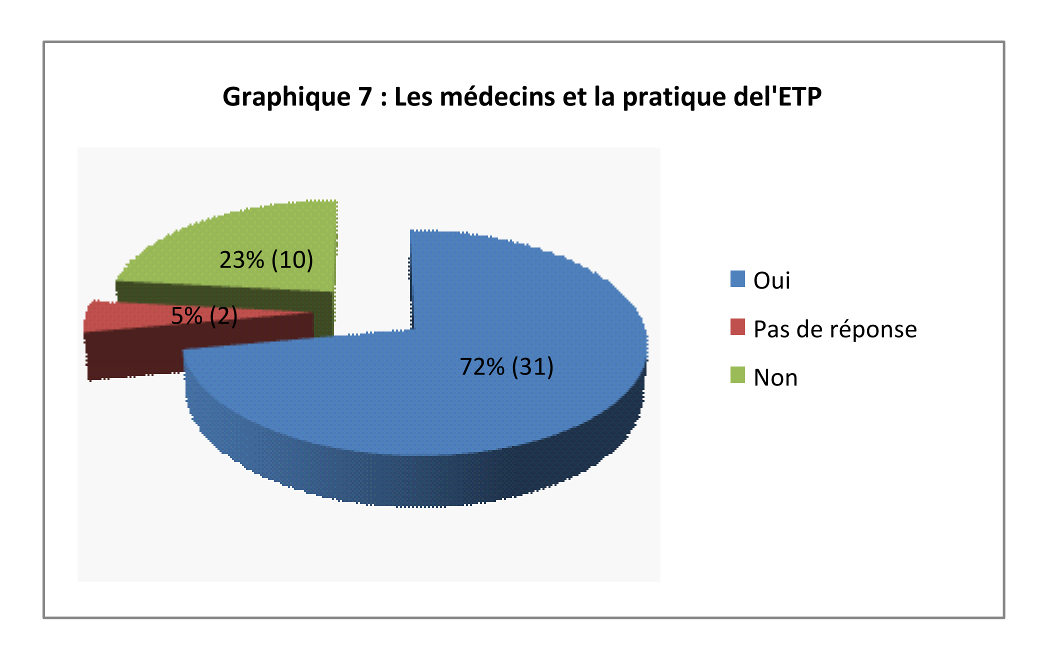
- permet de réduire la morbidité
- est superflu
- utile mais chronophage
- réel et bénéfique pour le professionnel de santé en terme de traitement
- est un outil d'aide pour le patient



Sur les 41 médecins ayant répondu à cette question : plus de 4/5 pensent que l'ETP permet de réduire la morbidité, plus de 2/3 pensent que c'est un outil d'aide pour le patient. Près de la moitié pensent que l'ETP est réelle et bénéfique en termes de traitement. Près de la moitié disent que c'est utile et chronophage.

3.4 La pratique de l'ETP

Question n°7 du questionnaire : « Vous et l'éducation thérapeutique, diriez vous que vous faites de l'éducation thérapeutique du patient asthmatique dans votre pratique ? »



72% des médecins répondants disent pratiquer l'éducation thérapeutique.

3.4.1 Les déterminants de la pratique de l'ETP

Les déterminants sont des variables qui pourraient affecter la pratique de l'ETP. Nous nous sommes appuyés pour les choisir, de deux études : l'enquête analysant les pratiques médicales d'un panel de 600 médecins généralistes PACA sur« la santé publique, la prévention et l'éducation à la santé »(71), et l'étude du cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale concernant le champ de la prévention(70).

Les variables sont regroupés en :

➢ variables démographiques : âge, sexe, l'année de thèse, la présence de l'asthme dans l'entourage du médecin

- variables reflétant les caractéristiques professionnelles du médecin : le mode d’exercice, les stages pratiques effectués pendant le cursus des études médicales, la formation à l’ETP, le nombre de patients vus par semaine.

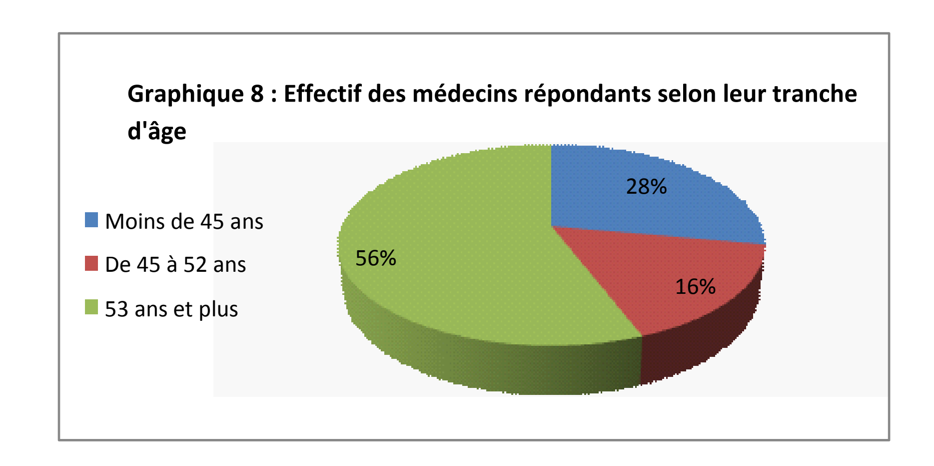
La question portant sur la pratique de l’ETP ainsi que toutes les questions portant sur les variables ont été classés par items ou encore par ordre numéroté. Nous avons ensuite utilisé le logiciel MODALISA pour croiser l’item « pratique de l’ETP » avec les autres items dans le but de rechercher un lien. Les résultats issus de cet analyse permettront de savoir si ces variables affectent la pratique de l’ETP .Ils seront ensuite comparés avec les données de la littérature.

3.4.1.1 L’âge

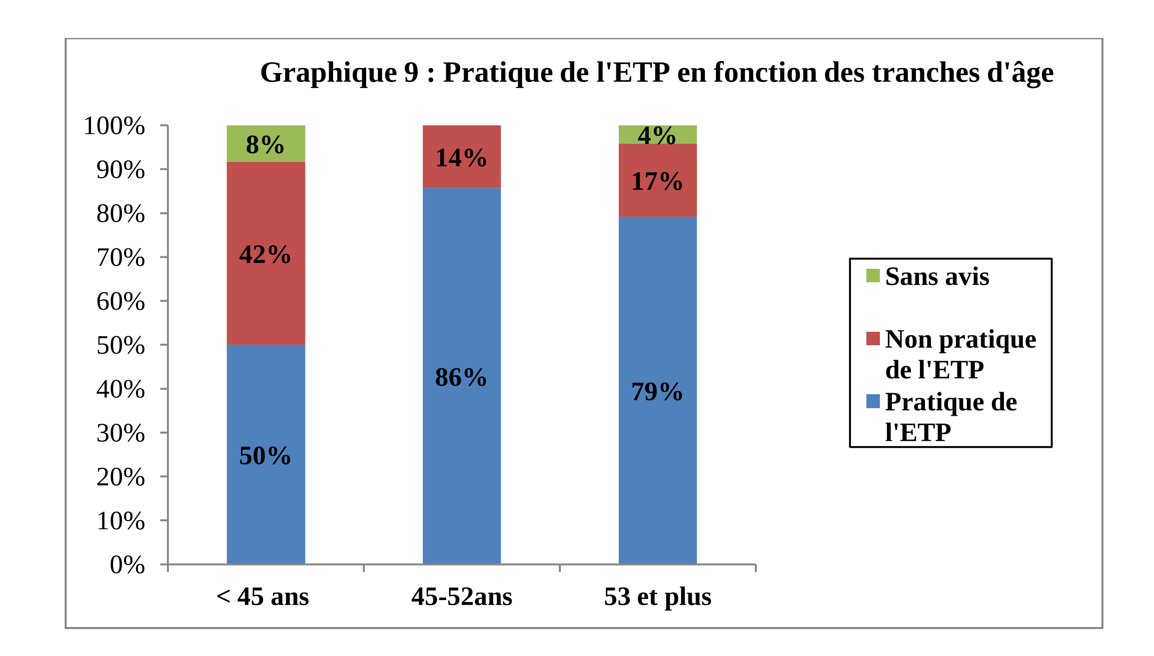
Afin d’étudier la pratique de l’ETP selon l’âge des répondants, nous avons créé des classes d’âge qui nous permettent de comparer les résultats avec ceux de la littérature (44).

Tableau 3 : pratique de l’ETP ou non par tranche d’âge

Tranche d'âge	Effectif	Pratique de l'ETP		Non Pratique de l'ETP		Sans Avis		Total
		Nombr	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	
Moins de 45 ans	12	6	*50%*	5	*42%*	1	*8%*	100%
De 45 à 52 ans	7	6	*86%*	1	*14%*	0	*0%*	100%
53 ans et plus	24	19	*79%*	4	*17%*	1	*4%*	100%
Total de l'effectif	**43**	**31**	***72%***	**10**	***23%***	**2**	***5%***	**100%**

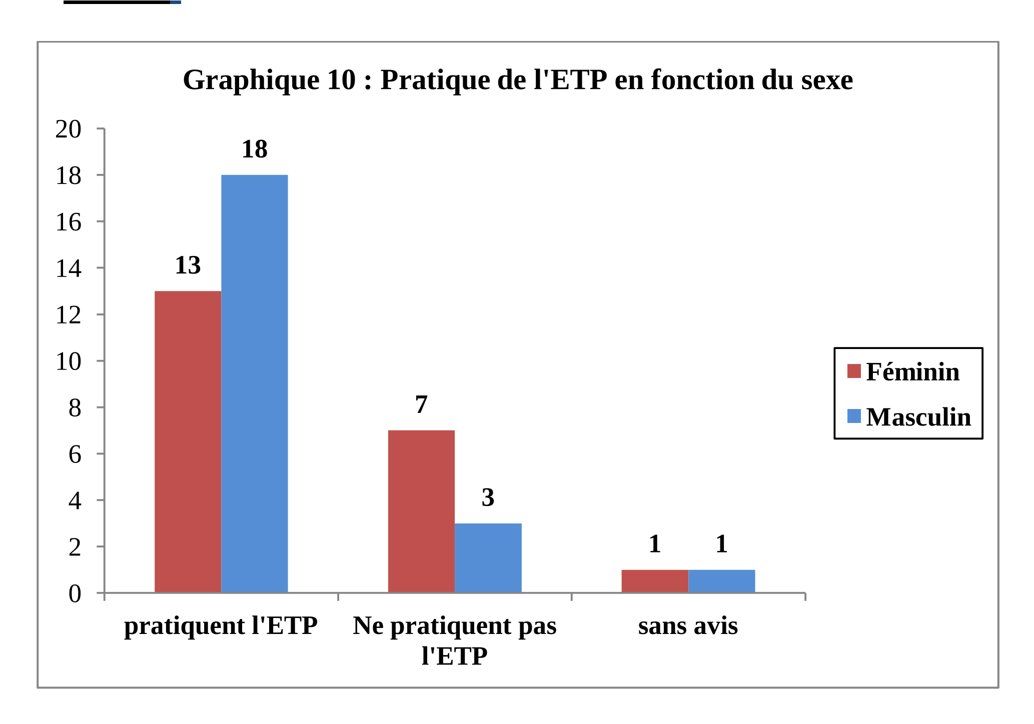


Dans notre étude, la plupart des médecins répondants ont 53 ans et plus.



Il en ressort qu'en terme de tranche d'âge, il y a plus de médecins qui pratiquent l'ETP dans les tranches d'âge : « 45 – 52 ans ».

3.4.1.2 Le sexe :

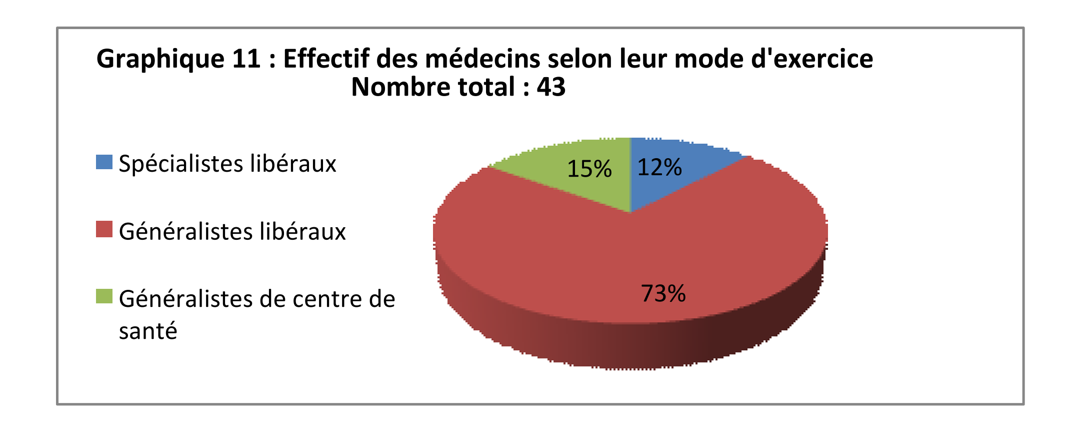


Dans notre enquête, il y a plus d'hommes que de femmes qui pratiquent l'éducation thérapeutique.

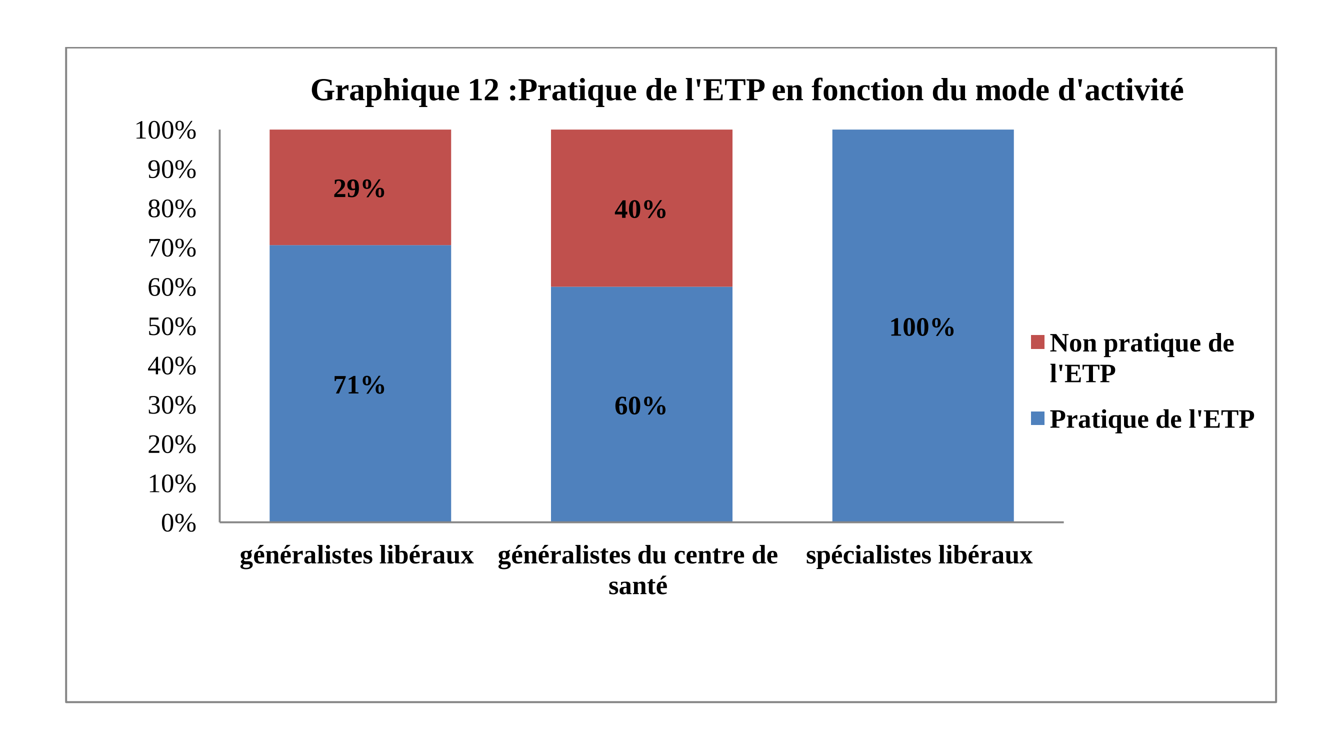
3.4.1.3 Le mode d'exercice et la spécialité médicale

Nous avons croisé l'item pratique de l'ETP avec la forme d'exercice des médecins pour retrouver dans chaque catégorie d'exercice, le nombre de médecins qui disent pratiquer l'ETP.

La répartition des effectifs des médecins répondants selon leur mode d'exercice



Dans notre étude, la plupart des médecins sont des généralistes libéraux (79%).

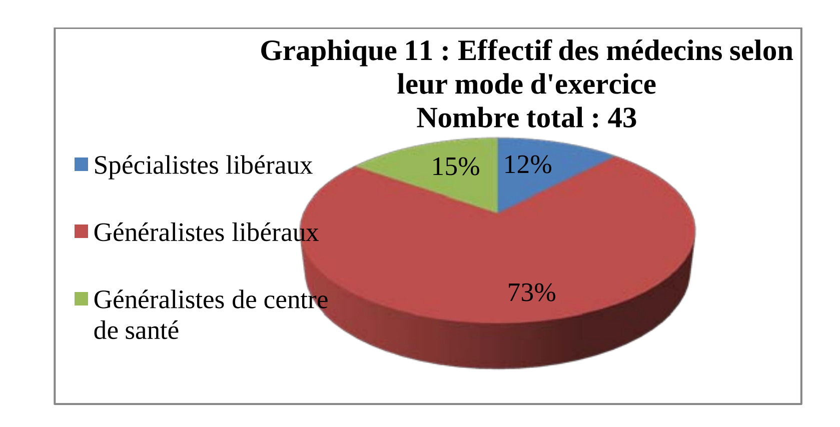


Parmi les différents modes d'exercice des médecins, tous les médecins spécialistes libéraux pratiquent l'ETP, suivis des généralistes libéraux à 71%. Les généralistes du centre de santé sont les moins nombreux à pratiquer l'ETP mais atteint tout de même les 60%.

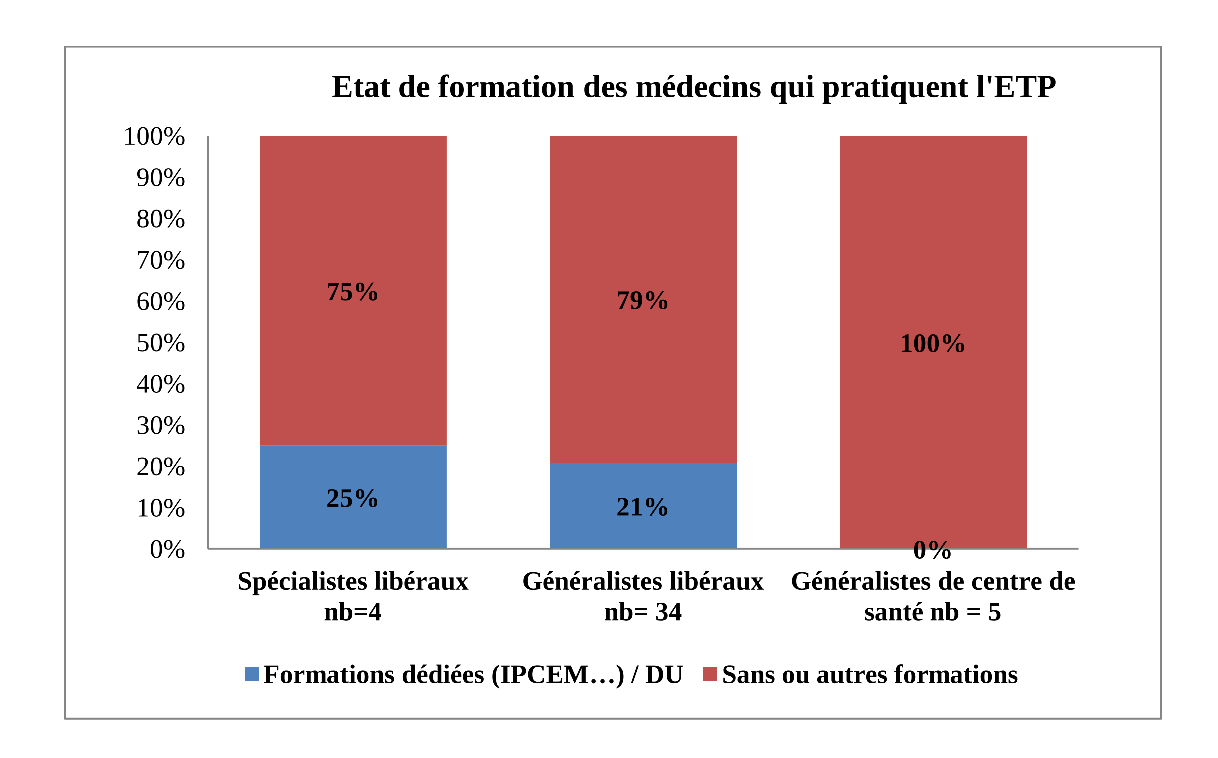
3.4.1.4 La formation à l'ETP

Question n°12 du questionnaire : « Etes vous un professionnel de santé formé à l'éducation thérapeutique ? »

Aucun médecin répondant n'a suivi de formation initiale sur l'ETP pendant leur cursus universitaire médical. Les médecins se sont formés par d'autres voies de formations. Celles validées pour la pratique de l'ETP sont: les formations dédiées à l'éducation thérapeutique (IPCEM) et les diplômes universitaires (DU). Elles permettent aux professionnels d'acquérir des compétences éducatives et de communication qu'aucune formation initiale ne permet d'acquérir. Nous avons recherché l'état de formation des médecins qui disent pratiquer l'ETP selon leur mode d'exercice.



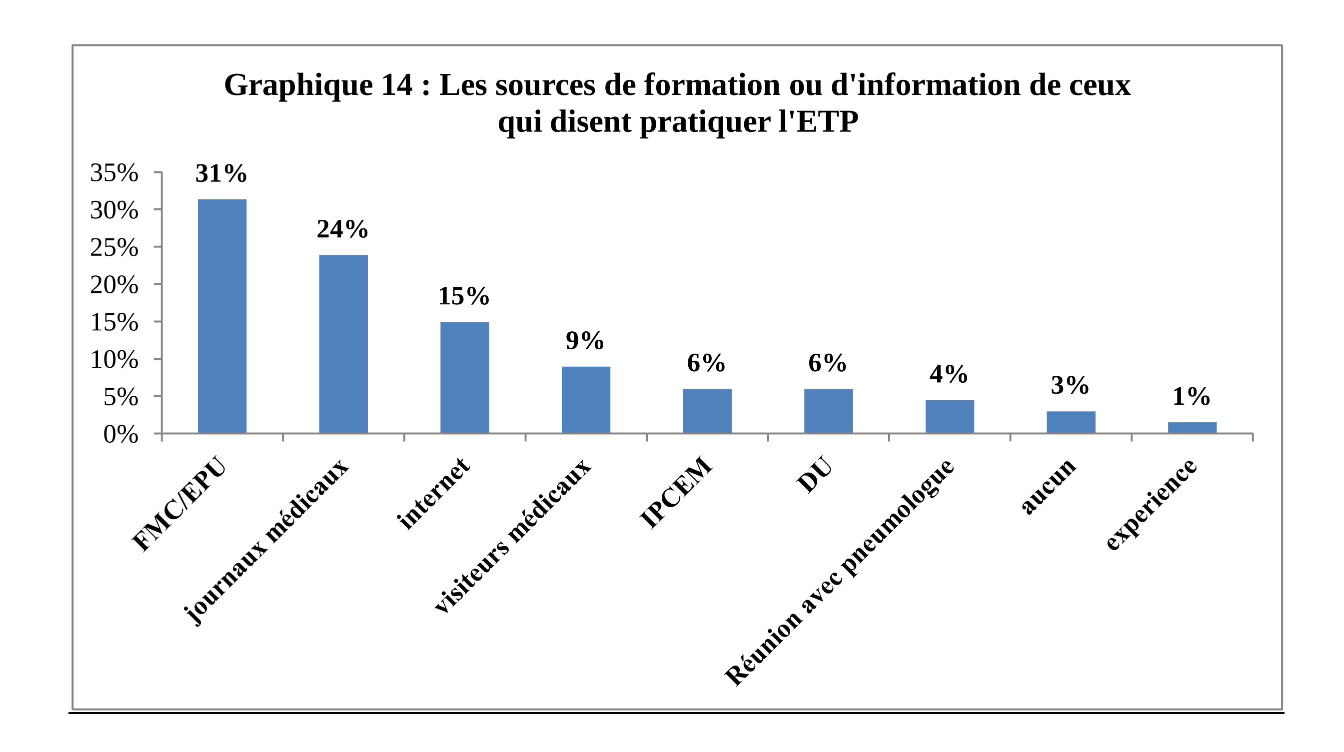
Etat de formation des médecins qui pratiquent l'ETP dans chaque mode d'exercice



6 médecins (14% de l'effectif total des médecins répondants) sont formés à l'éducation thérapeutique, ils disent tous pratiquer l'ETP. Il s'agit de : 1 médecin spécialiste libéral (pédiatre), et de 5 médecins généralistes libéraux. Parmi ces médecins, 5 ont suivis des formations dédiées ou IPCEM (généralistes), 1 médecin a obtenu un diplôme universitaire/ DU (le spécialiste). Le restant des médecins qui pratiquent l'ETP se sont formés par d'autres voies de formation ou d'information.

9 médecins (20%) sont intéressés pour suivre une formation.

Question n° 9 du questionnaire : « Quelles sont vos sources d'information pour éduquer vos patients asthmatiques ? (une ou plusieurs réponses), nous avons analysé les réponses à cette question de ceux qui pratiquent de l'ETP



Les formations médicales continues ou les enseignements post universitaires (FMC, EPU) sont citées dans 31% des cas, ce sont des formations apportant des connaissances correctes pour l'ETP mais ne sont pas accréditées. Les journaux médicaux sont cités dans 24% des cas, et Internet dans 15% des cas. Les informations sur Internet concernent les recommandations pour les bonnes pratiques cliniques de l'ANAES, les articles d'un journal électronique avec comité de pairs(42).

Les formations dédiées (IPCEM…) et des diplômes universitaires (DU) constituent respectivement 6%, et les visiteurs médicaux occupent 9% des sources d'information des médecins qui pratiquent l'ETP. D'autres sources ont été citées : le pneumologue, l'expérience et la capacité en allergologie. Deux médecins qui pratiquent l'ETP n'ont aucunes sources d'information.

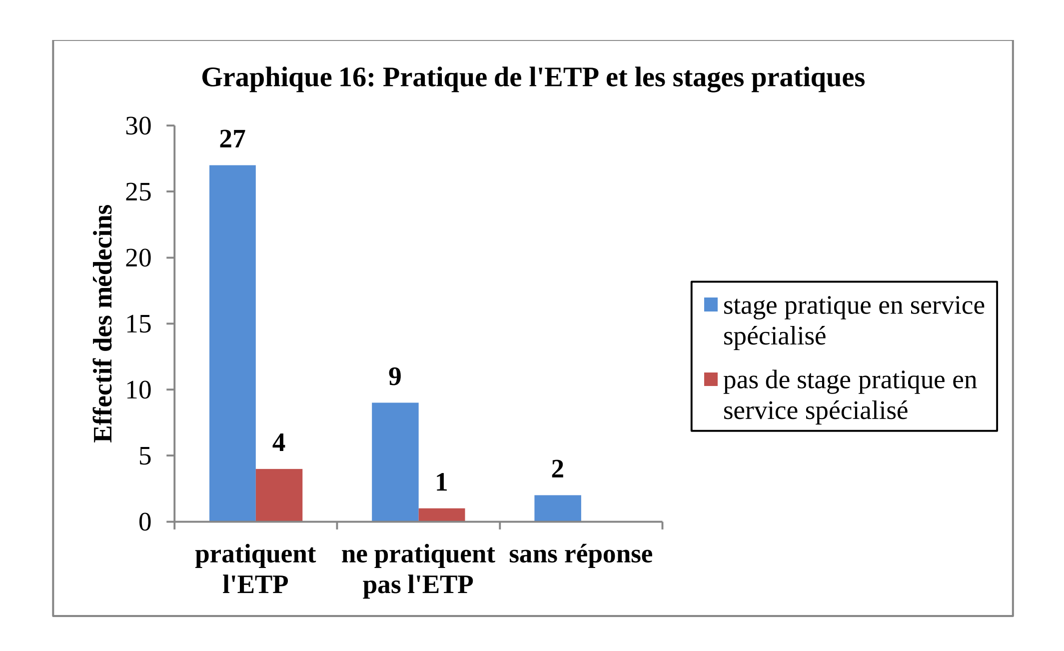
Les sources d'information et de formation des médecins répondants en fonction du sexe :

En général, les hommes sont plus formés par le biais de FMC/EPU que les femmes (p>0,0025). Ils se forment également plus par le biais des journaux médicaux que les femmes, mais sans différence significative.

3.4.1.5 Les stages pratiques

Question n°1 du questionnaire : « Aviez vous effectué un stage en pédiatrie ou en allergologie ou en pneumologie au cours de votre cursus médical ? »

Il est demandé aux médecins s'ils ont effectué un stage en service spécialisé : pédiatrie, pneumologie, allergologie. Ces questions ont été posées dans le but de savoir si les expériences professionnelles ou les acquis lors des formations initiales peuvent influencer leur pratique actuelle en faveur de l'éducation thérapeutique.



Au total, 38 médecins interrogés (87%) ont effectué un stage en service spécialisé (pédiatrie, allergologie ou pneumologie) au cours de leur cursus médical.

La pratique de l'ETP parmi les médecins qui ont effectué un stage pratique en service spécialisé :

	Nombre	%
Pratique de l'ETP	27	75%
Non pratique de l'ETP	9	25%
Total	**36**	**100%**

Parmi les 36 médecins qui ont effectué un stage pratique, 75% pratiquent l'ETP, on peut dire qu'il y a un lien entre les stages et la pratique de l'ETP.

3.4.1.6 Le nombre de patients vus par semaine

Question n°3 du questionnaire : « Combien avez-vous en moyenne de patients asthmatiques par semaine ?

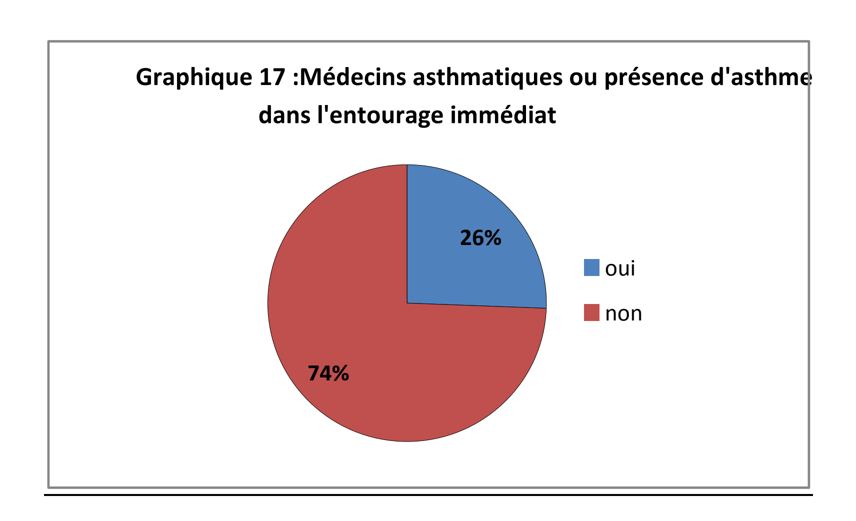
Le nombre de patients asthmatiques vus par un médecin par semaine était demandé. Ceci partant du principe qu'un médecin suivant beaucoup d'asthmatiques sera plus sensibilisé à la pratique de l'ETP. Le nombre moyen de patients vus par un médecin par semaine est de 5.5 (valeur la plus basse : 1 valeur la plus élevée : 18, écart type : 4.28)

Cette variation est attribuée à une des spécialités qui accueille plus de patients asthmatiques (pneumologie, 18 patients par semaine)

Nous n'avons pas trouvé de lien statistique entre le nombre de patients vus par un médecin par semaine et la pratique de l'ETP.

3.4.1.7 La présence de l'asthme dans l'entourage

Question n°2 du questionnaire : « Etes vous asthmatique ou avez-vous dans votre entourage immédiat une personne asthmatique ? »



Près d’un quart des médecins ont un proche asthmatique dans leur entourage immédiat. Le résultat des questionnaires retrouve un lien entre cette catégorie de médecins et la pratique de l’ETP. Par contre, ceux qui ne sont pas asthmatiques ou qui n’ont pas dans leur entourage immédiat une personne asthmatique ne pratiquent pas l’ETP.

3.4.2 Les modalités de pratique de l’ETP

Question n°8 du questionnaire : plusieurs réponses concernant la modalité de pratique ont été proposées aux médecins qui ont répondu oui à la pratique de l’ETP, elles sont reprises dans le tableau 6

Seules les réponses des médecins formés à l’ETP et celles de ceux ayant répondu à la bonne définition de l’ETP peuvent être correctement interprétées. Néanmoins, nous avons transcrit les réponses des autres médecins car elles permettent de concevoir une idée sur l’éventuelle disponibilité des médecins à la pratique de l’ETP en ville et sur les méthodes choisies.

Tableau 6 : modalités de pratique de l'ETP

	nb médecins par réponse	**nb répondants**	**%sur répondants**
Non réponse	11	32	34,4%
en groupe	0	32	0,0%
en individuel	25	32	78,1%
au cours d'une consultation normale	23	32	71,9%
en consultation dédiée	2	32	6,3%
à tous les patients asthmatiques	21	32	65,6%
à quelques patients asthmatiques s'ils sont demandeurs	2	32	6,3%
vous y consacrez + 15 min	5	32	15,6%
vous y consacrez moins de 15 min	20	32	62,5%

Parmi les 32 médecins répondants à la question sur la modalité de pratique de l'ETP : 23 (71%) disent faire de l'ETP dans le cadre d'une consultation normale, non dédiée. La majorité (2/3) consacre moins de 15 minutes de leur temps de consultation. Presque la totalité 25 (78%) dit en faire individuellement et aucune séance éducative de groupe n'a été citée. L'éducation thérapeutique est proposée par les médecins à tous les patients asthmatiques sauf pour 2 médecins qui ne la pratiquent que si le patient est demandeur.

Concernant les modalités de pratique des **médecins formés à l'ETP,** les réponses ne diffèrent pas trop : tous font de l'ETP en individuel et la proposent à tous leurs patients. Ils y consacrent moins de 15 minutes de leurs temps de consultation. 4 d'entre eux

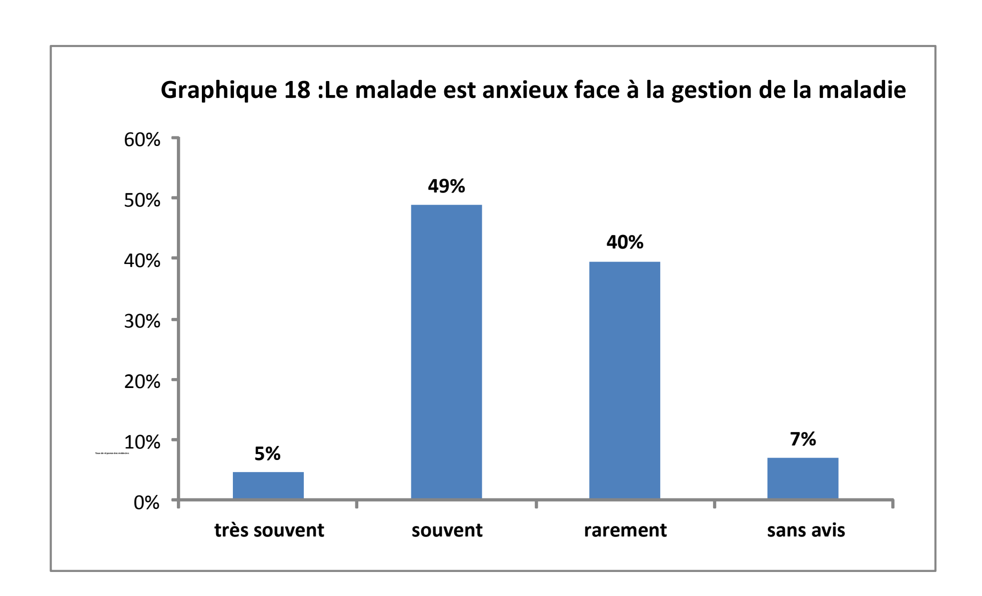
pratiquent au cours d'une consultation normale, un seul dédie une consultation spéciale à l'ETP.

3.5 Les difficultés de prise en charge de l'asthme rencontrées par les médecins

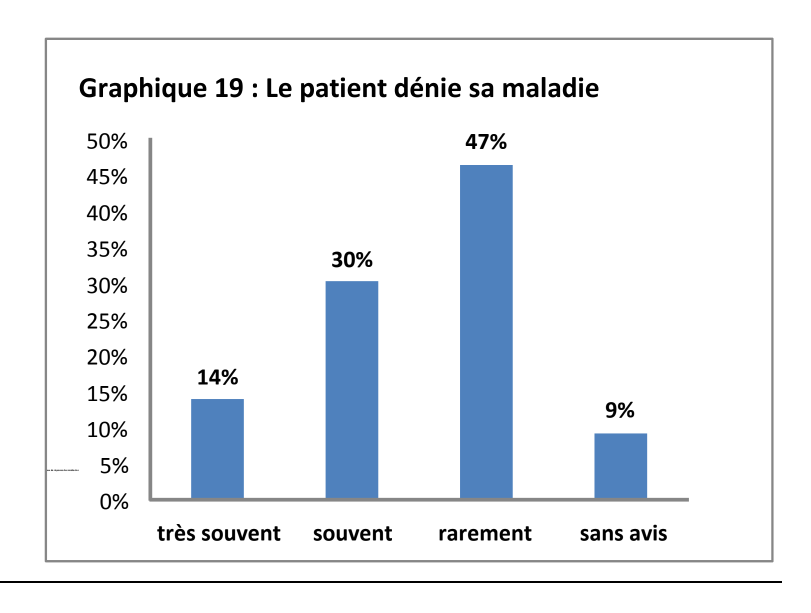
Question n°5 du questionnaire : « Quelle difficulté rencontrez-vous chez vos patients ? (réponse : très souvent/ souvent/ rarement/ sans avis) :

- Le malade est anxieux face à la maladie ?
- Le patient dénie sa maladie ?
- Il existe une barrière de langage à la compréhension du patient de son traitement ou de sa maladie ?

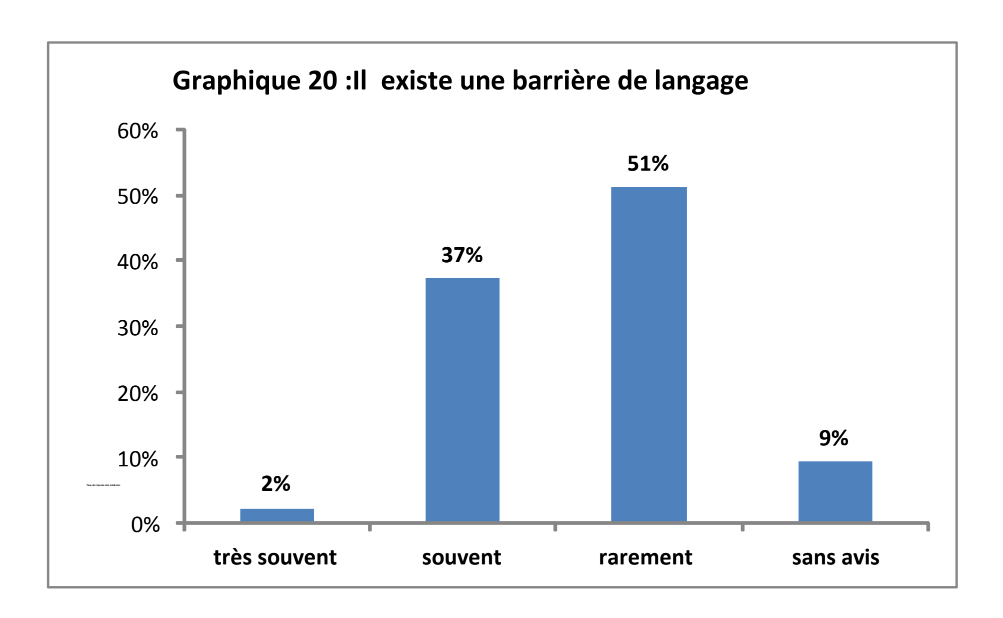
➢ Le malade est anxieux face à la gestion de la maladie



➢ Le patient dénie sa maladie



➢ Il existe une barrière de langage à la compréhension du patient de son traitement ou de sa maladie



Il en ressort que la majorité des médecins :

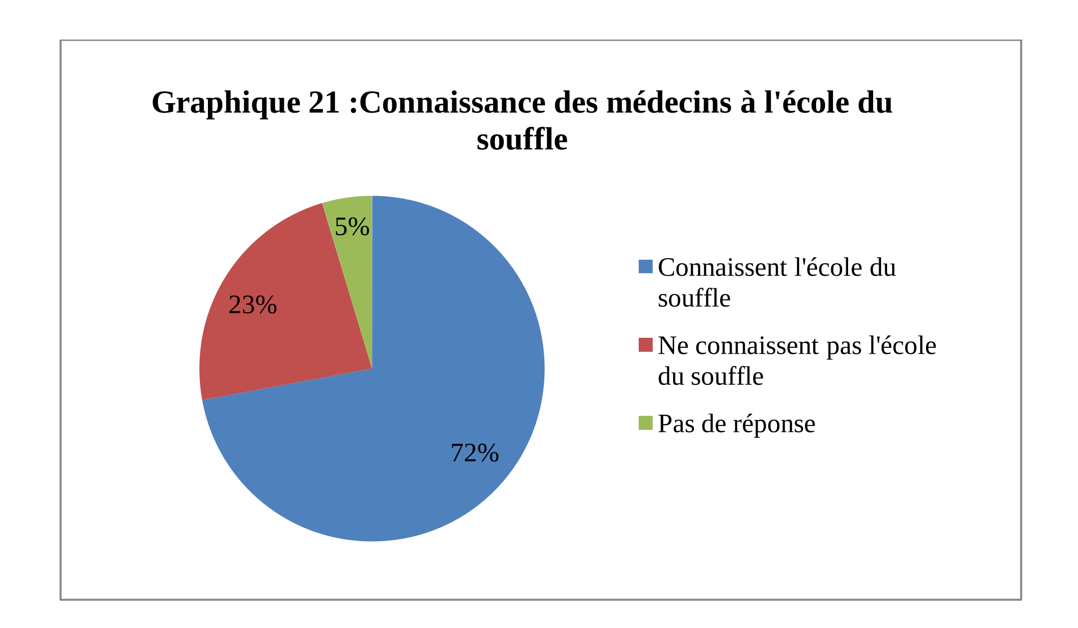
- ➢ ont souvent des patients anxieux
- ➢ voient rarement leurs patients dénier leur maladie
- ➢ ont rarement de problème lié à la langue pour communiquer avec leurs patients

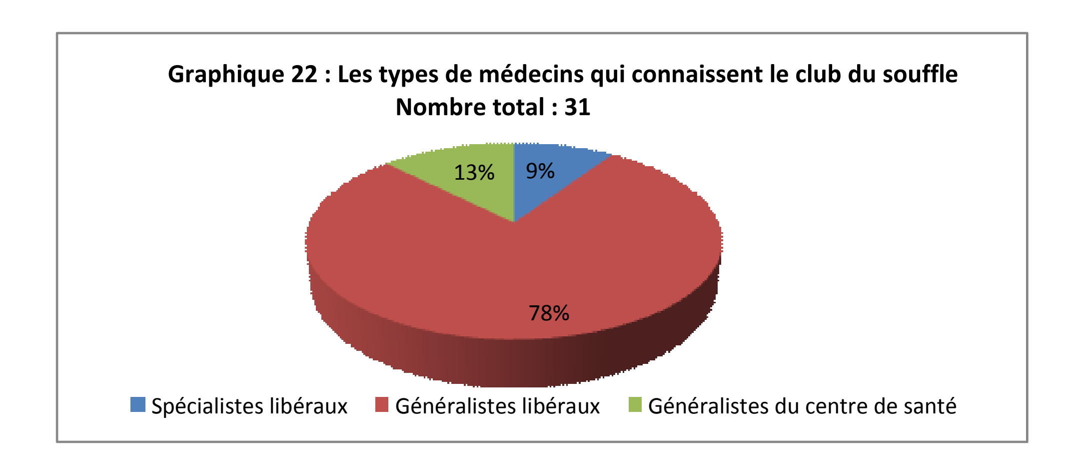
3.6 Les résultats de l'enquête sur la participation des médecins au club du souffle

3.6.1 Généralités

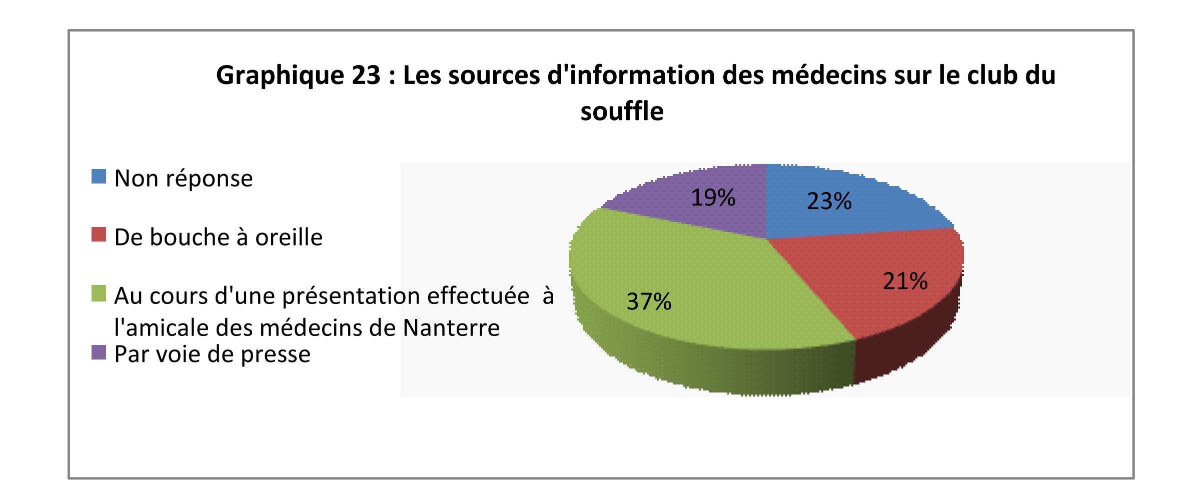
Question n°14 du questionnaire : « connaissez-vous le club du souffle de Nanterre ? »

31 médecins (72%) connaissent le club du souffle de Nanterre, ils sont majoritairement des généralistes libéraux.





Question n°15 du questionnaire : « Par quel biais le connaissez-vous ? »

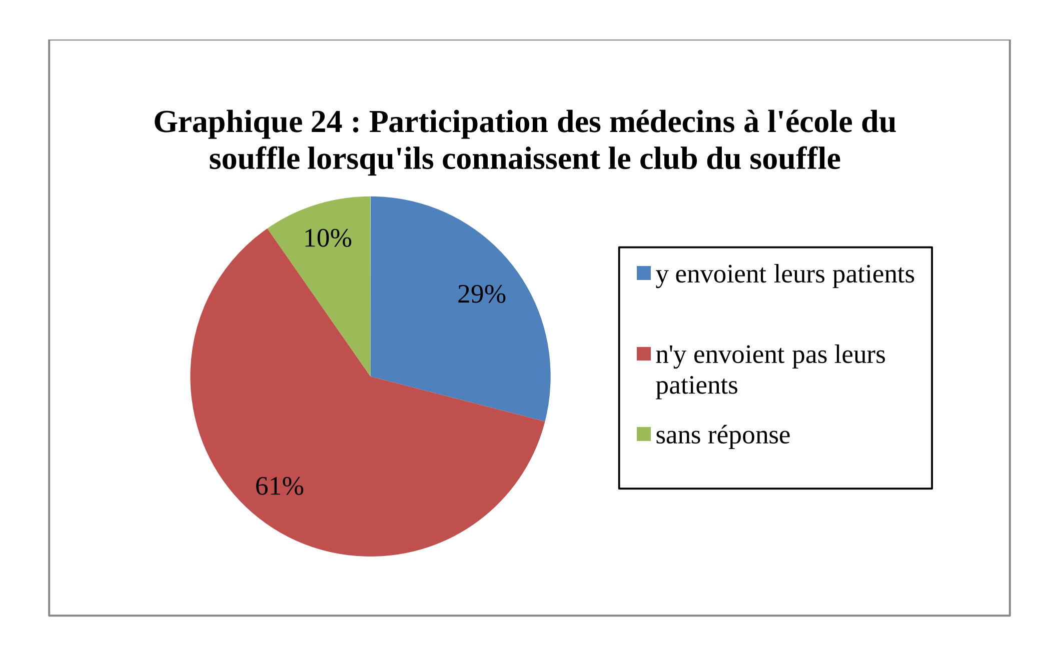


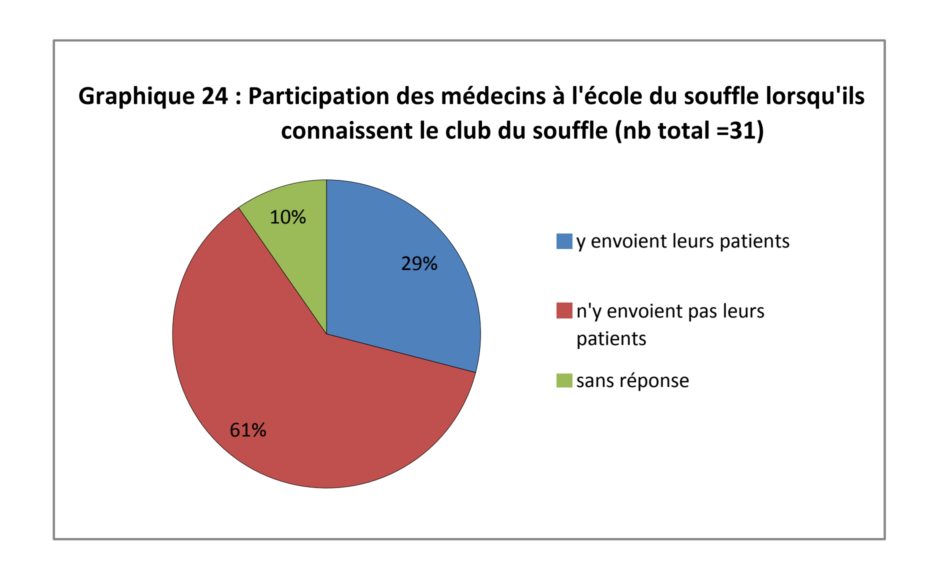
La principale source d'information des médecins a été la présentation faite par l'école du souffle à l'amicale des médecins mais certains se sont aussi informés par la voie de presse ou de bouche à l'oreille.

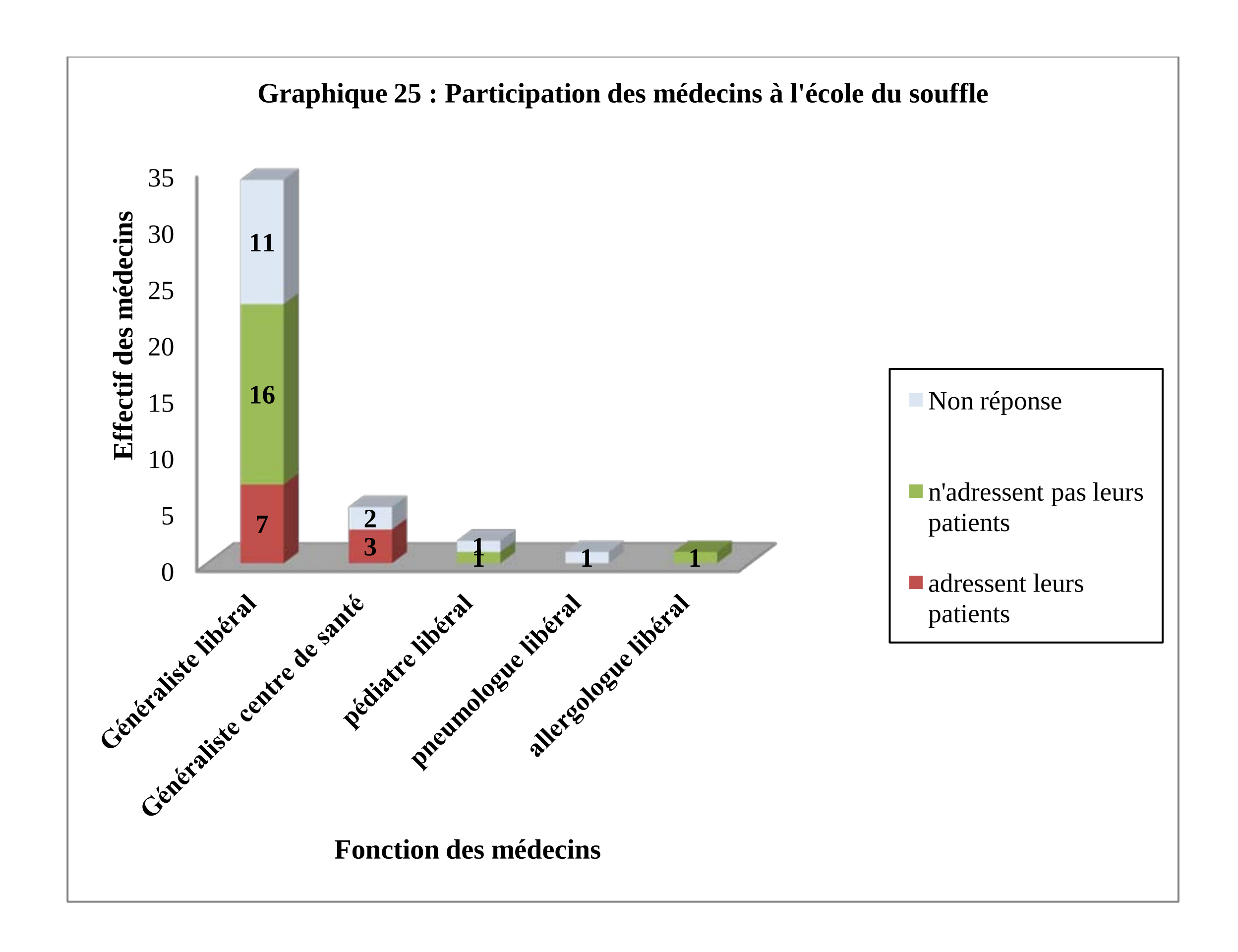
3.6.2 Analyse des résultats de l'enquête

3.6.2.1 Participation des médecins au club du souffle

Question n°16 du questionnaire : « si vous connaissez le club du souffle, y avez-vous envoyé vos patients ? »







10 médecins sur les 43 répondants soit 23% adressent leurs patients au club du souffle, ce sont tous des médecins généralistes.

On remarque une faible participation des médecins libéraux généralistes à l'école du souffle et une absence de participation des pédiatres, pneumologue, et allergologue libéraux *(graphique 3).*

On remarque également que ceux qui connaissent le club du souffle y participent très peu.

3.6.2.2 Les empêchements

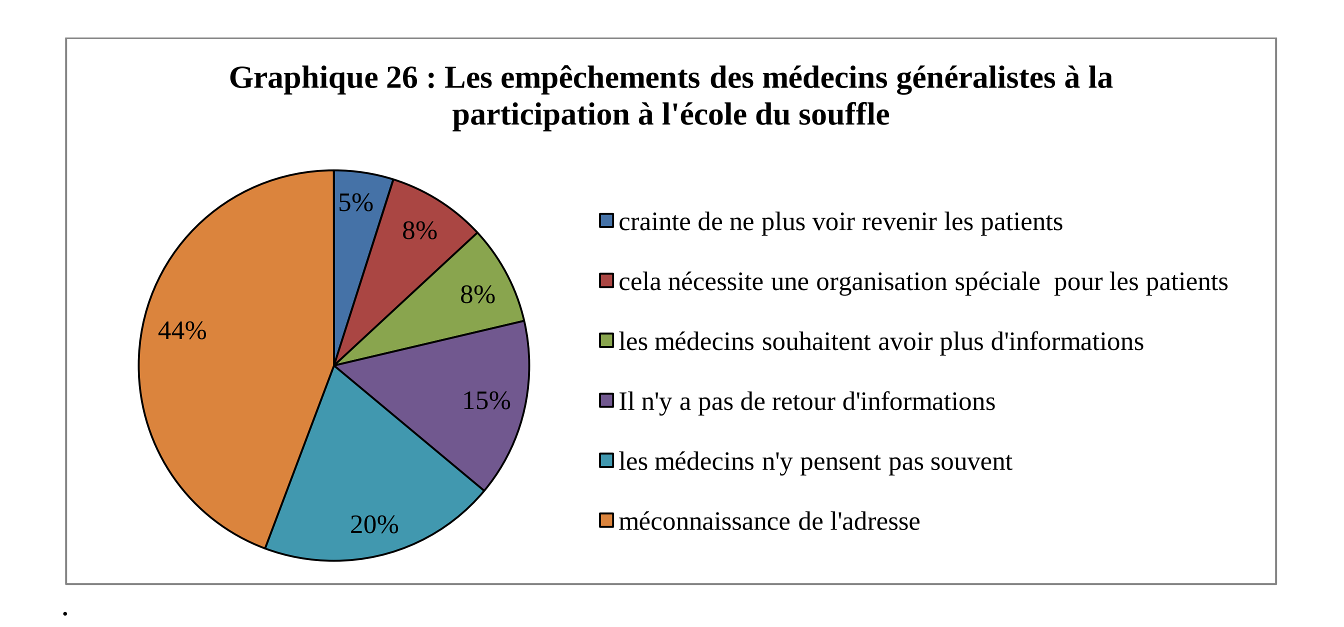
Question n°19 du questionnaire: « quelles sont selon vous les raisons qui peuvent ou pourraient vous empêcher d'envoyer vos patients au club du souffle ?(une ou plusieurs réponses)

Presque tous les médecins participant à l'enquête (95%) ont répondu à cette question.

Parmi **les médecins spécialistes** (pneumologue, allergologue, pédiatres), aucun n'a envoyé de patients au club du souffle. Les raisons invoqués sont les suivantes :

- Deux sont au courant de l'existence du club du souffle mais disent être réticents par manque d'information sur son fonctionnement
- Un médecin spécialiste n'est pas convaincu de son efficacité sur les patients, il pense que cela nécessite une organisation spéciale pour le patient et qu'une autre méthode applicable en cabinet pourrait être mieux
-Un autre n'a pas donné son avis.

Les médecins qui adressent des patients au club du souffle sont plutôt des généralistes. Les empêchements des **généralistes** sont représentés dans le graphique ci-dessous



.

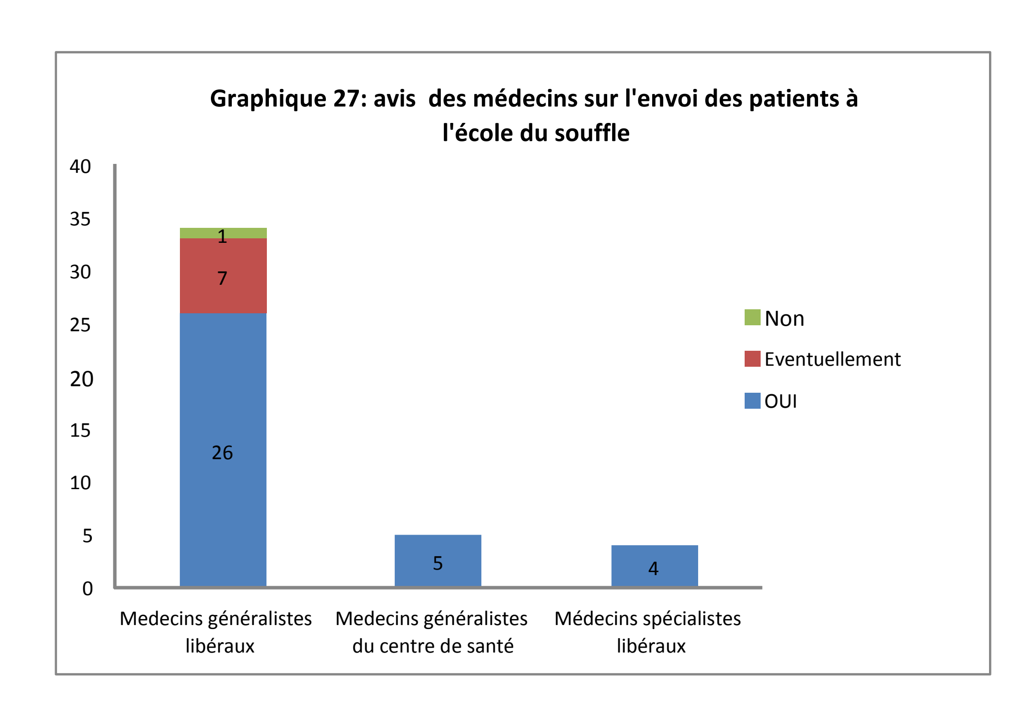
Le principal empêchement des médecins généralistes a été la méconnaissance de l'adresse du club du souffle, ensuite ils n'y pensent pas souvent, et enfin l'absence de retour d'informations figure parmi les trois premiers empêchements.

3.6.2.3 <u>Les médecins formés envoient plus leurs patients au club du souffle</u>

Parmi les 10 médecins qui envoient leurs patients au club du souffle, **3 sont formés** à l'ETP, et 7 n'y sont pas formés. Il existe un lien entre formation et participation des médecins au club du souffle: ceux qui ne sont pas formés n'y envoient pas leurs patients.

3.6.2.4 <u>Les médecins sont-ils prêts à adresser leurs patients au club du souffle ?</u>

<u>Question n°18 du questionnaire : « Seriez-vous prêts à envoyer vos patients au club du souffle de Nanterre ? »</u>



La majorité des médecins (81%) sont prêts à adresser leurs patients au club du souffle mais peu de généralistes libéraux y participent. L'analyse des empêchements faite ci-dessus révèle qu'ils sont de l'ordre organisationnel, de priorité, de méconnaissance.

3.6.2.5 Satisfaction des médecins

Parmi les 10 médecins généralistes (7 libéraux + 3 centre de santé) qui ont dirigé leurs patients a l'école du souffle**, 2 médecins exerçant au centre de santé** ont eu un retour d'information de leurs patients et sont **satisfaits du résultat** constaté chez leurs patients. Ils sont également **satisfaits du suivi de leurs patients.** Toutefois le questionnaire n'a pas spécifié le mode de retour des informations. Il s'agit probablement d'un retour par compte rendu écrit puisque le club du souffle a expédié un compte rendu à tous les médecins concernés. Tous les patients ont pu également obtenir leurs comptes rendus.

Les médecins libéraux qui ont envoyé leurs patients, et qui ont reçu un compte rendu, n'ont pas spécifié s'ils ont été satisfait ou pas des résultats constatés.

DISCUSSION et CONCLUSION

DISCUSSION

Un des faits les plus marquants du résultat de cette enquête est la forte participation des médecins de la ville de Nanterre aux questionnaires (65% de taux de participation). La moyenne d'âge de la population médicale de la ville de Nanterre est de 55 ans. Tous les items des questionnaires ont été correctement remplis et les médecins se sont investis dans le temps et dans la réflexion pour le faire. Ce premier résultat caractérise l'intérêt des médecins de la ville pour l'éducation thérapeutique des patients asthmatiques. Aucune spécialité ni aucun mode d'exercice ne s'est démarqué parmi les médecins répondants. Par ailleurs, les femmes ont été plus sensibilisées aux questionnaires que les hommes (78% contre 56% des hommes).

En première partie de la discussion, nous parlerons de l'intérêt général que portent les médecins de la ville de Nanterre à l'éducation thérapeutique, de leur formation et de leurs sources d'information à l'ETP.

La majorité des médecins ont répondu qu'ils sont convaincus de l'efficacité de l'éducation thérapeutique sur la morbidité de l'asthme, que l'ETP est un outil d'aide pour le patient, et qu'ils sont également convaincus de son impact réel et bénéfique en termes de traitement.

Cependant, s'ils disent être convaincus de l'efficacité de l'éducation thérapeutique du patient asthmatique, seuls 20% sont intéressés pour suivre une formation en ET, et 40% disent être « éventuellement » intéressés. Ce résultat contraste avec ceux d'une étude récente qui révèle que 70% des médecins interrogés sur cinq régions de France

affirment être prêts à se former à la « mise en pratique de l’ETP en cabinet de ville » (44).

Les médecins répondants à notre enquête sont hésitants à se former, probablement parce-que le rôle du médecin libéral dans l’ETP en médecine libéral n’est pas clairement défini (33), et la charge d’heures (entre 50 et 70 heures de présence selon les travaux d’experts OMS) que demande la formation peut ne pas motiver les médecins libéraux.

Il se pose également la question de savoir si les médecins sont réellement prêts à faire de l’éducation, à utiliser les divers outils nécessaire à l’ETP, par exemple, les jeux interactifs avec les enfants, etc ... L’éducation thérapeutique se situe entre le préventif et le curatif (41), et les qualités requises pour être un acteur de l’ETP ne dépendent pas d’une fonction mais de la formation au départ.

Six médecins seulement soit 13% sont formés en ETP par l’intermédiaire des formations dédiées (IPCEM) ou DU, formations validantes pour la pratique de l’ETP. Cet effectif reste faible. Les médecins spécialistes ne se forment pas plus que les médecins généralistes, cependant, ce constat ne peut pas être généralisé à l’échelon national à cause du faible effectif des spécialistes participant à l’enquête.

Les autres modes d’informations tels que les FMC, EPU; internet, journaux médicaux apportent des notions correctes sur l’ETP, ils sensibilisent le soignant sur l’importance de modifier les pratiques de soins, cependant nous n’avons pas trouvé dans d’ étude qui évalue l’influence de ces formations sur la pratique des médecins de l’ETP. Dans notre enquête, ce sont les médecins de moins de 48 ans et de sexe masculin qui utilisent le plus ces modes d’informations.

Nous aborderons en deuxième partie la perception qu'ont les médecins de l'éducation thérapeutique. Nous essaierons d'en faire ressortir les facteurs limitant et ceux favorisant la pratique de l'éducation thérapeutique en ambulatoire.

La perception : 88% des médecins ont répondu que l'ETP consiste à expliquer au patient sa maladie ou son traitement. La majorité des médecins qui ont répondu à notre enquête (69%), définissent l'éducation thérapeutique par l'apprentissage au patient des techniques, par l'explication du traitement, de la maladie, ou par l'information. Or la définition du ministère de la santé de l'ETP (22) insiste sur l'autonomie du patient dans la gestion de la maladie. L'analyse de leurs définitions nous permet de dire que pour la majorité des médecins, l'ETP consiste plutôt à « un programme d'éducation simplifié ».

La pratique : deux questions se posent concernant la pratique :

Quels sont les médecins qui pratiquent réellement l'ETP ? Est ce que les déterminants (âge, sexe,…) sont-ils des facteurs favorisant ou limitant cette pratique?

72% des médecins répondants disent pratiquer l'éducation thérapeutique mais peu la pratiquent réellement (6 médecins parmi les 31 répondants soit 19% seulement) si l'on se base sur les recommandations de l'ANAES (2) sur la nécessité que le professionnel de santé responsable de l'ETP soit formé. Les six médecins formés ont obtenus leurs certificats par le biais des formations dédiées (IPCEM..) ou DU (diplôme universitaire).

Parmi les médecins restant (25 soit 80%), 16 soit 52% se sont formés par le biais de FMC, EPU ; formations apportant des connaissances correctes sur l'ETP. Ces médecins n'ont pu être cependant intégrés dans le groupe de ceux qui pratiquent réellement car leurs compétences en éducation ne sont pas déterminées. Neuf médecins ne se sont pas du tout formés or.la formation est essentielle pour pouvoir répondre aux besoins identifiés chez les patients (35).

Les facteurs favorisant et limitant la pratique de l'ETP :

L'analyse des facteurs favorisant et des facteurs limitant la pratique de l'ETP suivant ne sera pas basée sur les réponses de ceux qui pratiquent réellement l'ETP mais sur les réponses de tous ceux qui ont répondu « oui » à la pratique de l'ETP.

Les facteurs favorisant la pratique de l'ETP :

Le sexe, l'âge, les spécialités médicales autres que la médecine générale, et **les stages pratiques** effectués lors des formations initiales constituent des facteurs favorisant retrouvés dans notre enquête :

➢ Il y a plus d'hommes que de femmes qui pratiquent l'ETP (58% versus 42%). Ce résultat ne concorde pas avec celui de la littérature qui indique que les hommes sont plus défavorables à la mise en place d'un programme d'ETP pour leurs patients atteints de la maladie chronique que les femmes (11% d'hommes contre 7% de femmes), de même ce sont les médecins de sexe féminin qui sont les plus prêts à pratiquer l'ETP dans leur cabinet médical(44).

➢ Dans notre étude, il y a plus de médecins (86%) dans les tranches d'âge de 45 ans à 52 ans qui pratiquent l'ETP. Notre résultat diffère de celui de la littérature qui indique que les médecins de moins de 45 ans sont les plus prêts à pratiquer l'ETP dans leur cabinet(44). D'autre part, plus les médecins sont âgés, plus ils sont défavorables à la pratique de l'ETP chez les patients porteurs de maladies chroniques(44) :

- 13% chez les médecins âgés de 53 ans ou plus
- 7% chez les médecins âgés de 45-52 ans,
- 6% chez les médecins âgés de moins de 45 ans.

- Tous les médecins spécialistes (pneumologue, pédiatres, allergologue) répondants disent pratiquer l'ETP, contre 69% des médecins généralistes, mais ce résultat peut être influencé par le faible effectif des médecins spécialistes répondants (quatre). Un seul est cependant formé à l'ETP. Dans cette limite nous pouvons dire que notre résultat concorde avec les résultats des autres études à savoir que ce sont les médecins spécialistes hospitaliers qui font majoritairement l'ETP (45).
- Selon nos résultats, les stages en service spécialisé pendant le cursus initial des médecins favorisent la pratique de l'éducation thérapeutique. En effet, même si ces stages cliniques forment essentiellement les médecins en soins aigu de l'asthme, ils leur permettent également de développer un savoir être face au patient souffrant (48).

La formation en l'ETP, la présence de l'asthme dans l'entourage, et le nombre de patients vus par semaine ne sont pas des facteurs favorisant la pratique dans notre enquête :

- Dans la littérature, la formation en ETP favorise la pratique de l'ETP, en effet elle indique que pour 93,3% des soignants (70 médecins sur 73), la formation leur a permis de connaître des changements positifs dans leur pratique de soins. Ils ont une meilleure écoute des patients, davantage de disponibilité, ils ont pu également réorganiser leurs plannings de consultation (73).Dans notre étude, peu de médecins se sont formés par le biais de l'IPCEM/DU et même si la majorité disent pratiquer l'ETP, la diversité des sources d'information et de formation non valides constitue un biais. La formation n'est donc pas un facteur favorisant la pratique de l'ETP dans notre étude.
- La présence de l'asthme dans l'entourage et le nombre de patients vus par semaine ne constituent pas les facteurs favorisant la pratique de l'ETP.

La modalité de pratique de l’ETP est assez uniforme, les médecins y consacrent peu de temps parce qu’ils pensent que c’est chronophage. Ce temps est court (15 minutes) comparé à la durée moyenne des séances éducatives effectuées dans les autres écoles du souffle, qui varie d’une demi heure à deux heures et demi (71). L’ETP s’intègre dans le temps de consultation habituel et n’est pas rémunérée .Une solution pour motiver plus de médecins libéraux à faire de l’éducation du patient, et d’enrayer les obstacles liés aux soucis d’économie de temps consisterait à rémunérer l’acte éducatif. La rémunération est aussi un moyen de le valoriser.

Une étude sur la classification de l’acte clinique d’éducation du médecin traitant est en cours d’élaboration (38) et le résultat de cette étude est très attendu. A noter que le financement actuel proposé par les autorités ne s’adresse qu’au professionnel hospitalier et au professionnel du réseau pratiquant l’éducation (14).

Les facteurs limitant la pratique de l’ETP :

Compte tenu de cette analyse, une **connaissance insuffisante de l’ETP**, **l’absence de formation**, **l’insuffisance de l’effectif formé et de l’effectif intéressé par la formation en ETP, le temps et la rémunération** sont **les facteurs limitant** une bonne pratique de l’ETP en ambulatoire. Outre ces raisons, la littérature nous informe que, certains médecins peuvent ne pas partager l’information médicale ou la partagent de manière inadéquate avec leurs patients, pour conserver un pouvoir (64). Une étude sur la pratique clinique des médecins chez les enfants asthmatiques(54) révèlent que : 36% d’entre eux ne sont pas susceptibles de faire participer le patient dans la gestion de l’asthme, 39% essayent de les effrayer sur les risques de la maladie, 28,5% n’encouragent pas leurs patients à exprimer leur attente pendant la consultation et 73% essayent de garder le contrôle sur leur patient (54).

En deuxième partie, nous allons aborder les facteurs favorisant et limitant la participation des médecins traitants au club du souffle.

Dans notre étude, 72% des médecins répondants disent connaître le club du souffle mais peu y envoient leurs patients (10 médecins sur 43 soit 29%). Ce sont exclusivement des médecins généralistes et la part des médecins formés n'est pas négligeable (cinq sur dix)

Si, dans les hôpitaux, ce sont les médecins spécialistes : pneumologues et pédiatres, qui orientent principalement les patients à l'école de l'asthme de l'hôpital (38), aucun médecin spécialiste libéral participant à notre enquête n'a adressé leurs patients au club du souffle et seul un pneumologue exerçant en zone limitrophe de Nanterre y a envoyé ses patients.

Ils sont hésitants parce qu'ils sont peu convaincus de l'efficacité de cette méthode, ou qu'ils ont besoin de plus d'information sur la structure. Nous notons que deux spécialistes sur cinq formés à l'ETP font l'ETP dans le cadre de leur consultation.

On peut expliquer cette différence de comportement chez les spécialistes hospitaliers et les spécialistes de ville par le fait que les structures d'éducation se trouvent dans l'enceinte même de l'hôpital, et que les patients asthmatiques sont facilement orientés soit, après leurs passages aux urgences ou soit suite à une hospitalisation ou consultation.

En général, ce que la littérature nous enseigne, même si cela n'est pas très positif, c'est que les médecins de ville (même les pneumologues et les pédiatres), participent peu à l'activité d'éducation, ne connaissent pas les structures d'éducation, adressent peu de patients et n'en voient pas l'intérêt. (17)

La proportion des médecins généralistes du centre de santé participant à l'école du souffle parait légèrement supérieure (3/5 des médecins du centre de santé sur les 10 qui

ont adressé leurs patients) parce que l' information est peut être plus soutenue dans les centres de santé (brochures sur l'école du souffle facilement accessibles,..), ou parce que la structure d'éducation est rattachée au centre de santé, mais probablement parce que les politiques de soin en centres de santé sont uniformisées et plus axées sur la prévention.

La méconnaissance de l'adresse du club du souffle est le facteur principal déclaré limitant la participation des médecins, 74% des médecins « enquêtés » (32 exactement) disent connaître le club du souffle mais 27sur les 32 ne connaissent pas l'adresse. C'est un bon résultat en comparaison avec les résultats d'une enquête récente qui indique que 2/3 des médecins de ville ignorent encore l'existence des écoles de l'asthme (41), nous expliquerons ce résultat par la forte mobilisation du club du souffle dans la communication auprès des professionnels de santé de la ville.

L'absence de retour d'information sur les patients envoyés pourrait pour 9 médecins, être un empêchement à la participation. Le patient peut être le facteur limitant si, de son propre choix il ne veut pas s'y rendre, ou s'il refuse l'envoi du compte rendu. En effet, le médecin a souvent l'inconvénient d'être perçu par le patient comme celui qui détient toujours la bonne réponse et il ne vient le voir que pour recevoir la prescription ou une information. Ce modèle qui illustre une relation passive entre médecin-patient limite la communication du patient. Ce dernier peut avoir peur de partager à son médecin des informations, qu'il pense ne pas correspondre forcément aux objectifs attendus par celui ci. D'un autre côté, une relation privilégiée d'un médecin et du malade qui s'est confié à lui, va rendre difficile une relation avec l'autre acteur en éducation thérapeutique (43)

Une autre raison qui empêcherait le patient asthmatique de s'y rendre peut s'expliquer par une représentation encore floue de l'éducation thérapeutique, ses attentes méritent d'être approfondies (61)

Enfin, un facteur limitant assez fréquent retrouvé dans les réponses des médecins c'est **« l'oubli »** de penser à envoyer les patients au club du souffle, l'ETP doit faire partie à part entière de la prise en charge du patient asthmatique mais selon la littérature 52% des médecins de ville ignorent encore cette recommandations (4). L'oubli peut donc refléter la méconnaissance des recommandations.

Parmi <u>les facteurs favorisant la participation au club du souffle</u> nous citons **la satisfaction des médecins sur les patients adressés et le souhait de la majorité (34 médecins sur 43 répondants soit 79%) d' y participer.**

Au terme de cette discussion et compte tenu des facteurs limitant, nous avançons ces quelques propositions qui peuvent améliorer la participation des médecins au club du souffle:

- renforcer la coordination des informations entre le club du souffle et médecins traitants. Pour que les médecins participent plus à l'acte éducatif, nous pouvons suggérer la création d'une fiche informatique d'invitation à la participation au club du souffle sur l'ordinateur du praticien, d'une fiche de diagnostic éducatif permettant au médecin d'aborder avec le patient l'ETP, d'une fiche d'évaluation du patient à l'issue des séances éducatives Il s'agit de proposer aux médecins des outils simples d'utilisation et moins chronophages, utilisable en cabinet (68).
- renforcer la sensibilisation des médecins sur la nécessité de l'éducation thérapeutique du patient asthmatique, et les motiver à se former en ETP.

- Le patient est le principal acteur de l'ETP, d'autres professionnels notamment les pharmaciens et les infirmières doivent être davantage impliqués et leurs connaissances régulièrement renforcées car ce sont les premiers intervenants de proximité qui peuvent sensibiliser les patients à s'engager dans un programme d'éducation (40).Ces professionnels s'implique dans l'ETP par le biais du transfert de compétence au cours duquel le médecin leur délègue une tâche antérieurement effectuée. Les infirmières sont essentiellement concernées et la littérature nous indique que leur prise en charge du suivi des patients asthmatiques est efficace lorsqu'elles sont formées (74).
- Enfin, un simple changement d'attitude et d'habitudes des médecins : penser plus souvent à adresser les patients au club du souffle, intégrer l'adresse dans la liste des correspondants médicaux, contribuerait à augmenter l'effectif des patients asthmatiques participants.

CONCLUSION

L’éducation thérapeutique du patient asthmatique préoccupe la majorité des médecins de Nanterre. Elle ressort de l’intérêt qu’ils y apportent, de l’intérêt à l’école du souffle, mais aussi de leur connaissance des bénéfices de l’ETP quelque soit leur conception de l’éducation thérapeutique.

La majorité des médecins participant à notre enquête disent pratiquer l’ETP dans le cadre de leur consultation habituelle mais peu la pratiquent réellement. Cette majorité a une connaissance en ETP mais insuffisante pour la pratique. Beaucoup confondent l’éducation thérapeutique avec l’information et effectuent un programme d’éducation « simplifiée » dont le résultat n’apporte pas de bénéfice en termes de morbidité ou d’amélioration de la qualité de vie. Le problème vient probablement de la dénomination « Education » qui chez le médecin peut sous entendre « apprentissage du patient » plutôt que « donner des compétences au patient ». Cette méthode peut cependant être choisie volontairement par les médecins par soucis d’économie de temps. C’est l’éducation structurée multidisciplinaire qui a montré le plus d’efficacité (49) et L’école du souffle de Nanterre est une structure qui propose cette alternative.

Peu de médecins participent au club du souffle, et ce sont ceux formés en ETP qui adressent le plus de patients. Les médecins spécialistes sont réticents à orienter leurs patients au club du souffle parce qu’ils sont peu convaincus de l’efficacité de cette méthode appliquée dans une structure de ville et ils ont besoin de plus d’informations sur le fonctionnement pour pouvoir y adhérer. Les motifs d’empêchements des médecins généralistes semblent primaires à savoir la méconnaissance de l’adresse, ou

l’ « oubli »d’y penser qui peut refléter une surcharge d’activité ou une méconnaissance des recommandations.

Le patient lui-même peut être source d’empêchement, et le médecin doit établir avec lui une relation à la fois empathique et thérapeutique s’il veut l’impliquer dans une démarche éducative.

Dans les deux cas : que ce soit pratiquer l’ETP en cabinet ou participer au club du souffle, la formation du médecin plus ciblée sur la pratique de l’ETP en cabinet de ville est essentielle, la mise en œuvre des outils plus simples d’utilisation et moins chronophages est une proposition(68).

L’introduction récente de la formation en ETP dans le programme des études médicales ; de même que la motivation de la jeune génération de médecins à se former suggère un avenir prometteur à la pratique de l’éducation thérapeutique en ville. Cependant, Nanterre est une grande ville au nombre de population important, et proportionnellement, la démographie des médecins libéraux est faible. L’explosion des maladies chroniques en rapport avec le nombre important de patients va constituer un obstacle à l’ETP même si l’acte éducatif serait rémunéré. A cela se rajoute la diminution de l’effectif de ces médecins dans quelques années puisque leur moyenne d’âge actuelle est de 55 ans. Nombreux vont partir à la retraite. Pour résoudre ce problème de démographie médicale et par conséquent résoudre le problème de la pratique de l’ETP en ambulatoire, il faudrait que plus de jeunes médecins soient motivés à s’installer en libérale. Cependant, cette solution peut ne pas s’avérer suffisante sans le transfert de compétence. Savoir déléguer une tache à un autre professionnel de santé est une notion qui doit se développer chez les médecins qui pratiquent l’éducation du patient en ambulatoire, même si ceux-ci se trouvent dans une position privilégiée pour participer

aux étapes de sensibilisation, du diagnostic éducatif (36)(37). En effet, l’efficacité du rôle de l’infirmière ayant des connaissances étendues en éducation a été démontré par plusieurs études.(74)

BIBLIOGRAPHIE

(1) CNAM, Caisse Nationale d’Assurance Maladie. *Asthme une maîtrise encore insuffisante de la maladie pour de nombreux patient .L’assurance maladie lance un programme d’accompagnement innovant* : Point d’information .11 septembre 2008

(2) ANAES, Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en santé. *Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent*. juin 2001

(3) Cote J, Carier A, Robichaud P, et al. *Influence on asthma morbidity of asthma education programs based on self –management plans following treatment optimization* .American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.1997 May ;155(5) : 1509 -14

(4) Chanez , Tummino C, Gouitaa M, Alagha K, Bourdin A .*Définitions de l’asthme, évaluation de la sévérité et du contrôle*. La revue du praticien.Mars 2011; vol.61 , p.321

(5) HalkenS .*Prevention of allergic disease in childhood : clinical and epidemiological aspects of primary and secondary allergy prevention* .. Pediatr Allergy Immunol .2004;15: 4-5, 9-32

(6) Annesi-Maesano I. *Epidémiologie de l’asthme dans le monde et en France : la mortalité par asthme en France .Données CEPIDISC Inserm*. La revue du praticien. Mars 2011 ; vol.61, p.334

(7) Com-Ruelle L, Crestin B, Dumesnil S. *L’asthme en France selon les stades de sévérité. Les caractéristiques socio économiques de l’asthme*. Rapport du CREDES. Février 2000,p.17

(8) HAS. Haute Autorité de Santé .*Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents.*. Septembre 2004.

(9) GINA. The Global Initiative for Asthma. *Global strategy for asthma management and prevention. Classification of Asthma. Asthma control*. 2010 (internet) http://www.ginasthma.com

(10) OMS. Organisation mondiale de la santé. *Charte d’ottawa pour la promotion de la santé*. 1986

(11) Guevara JP,Wolf FM Grum CM , Clark NM. *Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis* .BMJ 2003. Jun 14:326 (7402): 1308-9

(12) Magar Y, Vervloet D, Steenhouver F, Smaga S, Mechin H, Roccaserra J-P, Marchand Ch, D'Ivernois J-F . *Assessment of a therapeutic educationnal programm for asthmatic patients « Un souffle nouveau ».* Patient Education and Counseling. 2005 July; vol.58, issue 1, p.41-46

(13) Benard Hoerni .*La relation médecin-malade, l'évolution des échanges patients soignants.* Editions Imothep. 2008

(14) DGS. Direction générale de la santé. Ministère de la santé et des solidarités. *circulaire n° DHOS/01/DGS/2002/215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé :appel à projets sut l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires.*

(15) INPES. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Education du patient dans les établissements de santé français*. Fournie C., Buttet P . 2008 mars, Evolutions n° 9.

(16) HAS. Haute autorité de santé. *L'éducation thérapeutique du patient dans la prise en charge des maladies chroniques – « Analyse économique et organisationnelle »*. Rapport d'orientation . Service Evaluation médico-économique et santé publique

(17) DGS. Direction générale de la santé. Ministère de la santé et des solidarités. *Evaluation des écoles de l'asthme en France* .Rapport juin 2006 .

(18) Rapport DDGOS/DAS Assurance maladie / Caisse nationale *« Etat des lieux des actions de prévention des complications et d'éducation thérapeutique du patient financés par l'assurance maladie »*

(19) CNAMTS. *Convention d'Objectifs et de Gestion entre l'État et la CNAMTS pour la branche maladie, période 2006-2009.* Août 2006: 62 p.

(20) Ministère de la Santé et des Solidarités. *Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques*, 2007-2011, Avril 2007:52 p.

(21) OMS-Europe *.Therapeutic Patient Education-continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of chronic disease.* Rapport publié en 1996, traduit en français en 1998.

(22) Ministre de la Jeunesse, de la santé, des sports et de la vie associative. *Pour une politique nationale d'éducation du patient, Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin* . Septembre 2008, p.14 .

(23) *Education thérapeutique de l'enfant asthmatique, les recommandations de l'ANAES.* Revue pneumologie clinique, 2004, n°60, p. 182-187.

(24) Veterans Health Administration. *Clinical practice guideline for the management of persons with COPD or Asthma*. Washington DC: Veterans Health Administration; 1997

(25) Boulet LP, Becker A, Bérubé D, Beveridge R,Ernst P. *Canadian asthma consensus report.* Canadian Medical Association Journal. 1999;161 Suppl 11:S1-61

(26) D'Ivernois J, Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient*. Paris: Vigot; 1995

(27) G.Newinge, P.Légeron *.Approche cognitive-comportementale de l'asthme* .Journal de thérapie Comportementale et Cognitive 2005,15,3,84-96

(28) CNAM, Caisse Nationale d'Assurance Maladie *.Enquête nationale sur les patients agés de 5 à 44 ans traités pour asthme*.2007

(29) CREDES. *Les déterminants du coût de l'asthme persistant en île- de- France. Questions d'économie de la santé* .Com-Ruelle L.,Grandfils N., Midy F. ,Sitta R ; 2002 Novembre, n°58

(30) IRDES. *Les dépenses de ville des asthmatiques en 2006.Question d'économie de la santé.* Com-Ruelle L, Da Poin M, Le Guen N ; 2010 Mars, n°152 .

(31) **Asthme&Allergies.** *Les écoles de l'asthme*. Asthme&Allergies. [Internet] 2010. [Citation : 14 novembre 2010.] http://www.asthme-allergies.org/asthme/bien-traiter-asthme/ecoles-asthme.php.

(32) Direction générale de la santé (DGS) - Ministère de la Santé et des Solidarités, *Evaluation des écoles de l'asthme en France* - Rapport juin 2006

(33) HSCP, Haut Conseil de la Santé publique : *« synthèse, orientations stratégiques, recommandations » pour le développement de l'éducation thérapeutique intégrée au soin de premier recours* .Novembre 2009

(34) D. Vervloet , C. Rolland et l'Association *Asthme & Allergies .Les Ecoles de l'asthme.* Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 4S16-4S18

(35) Béatrice Grenier B., Bourdillon F., Gagnayre R. *Le développement de l'éducation thérapeutique en France : propositions pour une intégration durable dans le système de soins.* Société Française de santé publique. 2007/4 - N°19

(36) Crozet C, Van Bockstael V, d'Ivernois JF, Devos J, Winock A, Bertrand D. *Éducation cardiovasculaire de patients âgés. Évaluation d'un programme*. Concours Médical 2006;128:1202-5.

(37) INPES, Institut Nationale de Prévention et d'Education pour la Santé. *Quelle place pour le médecin traitant et les autres acteurs de santé dans le parcours de prévention ? Quelles articulations entre les différents partenaires et dispositifs existants.* Les 3es journées de la prévention. Paris, 29 et 30 mars 2007

(38) Ministère de la Santé et des Solidarités. *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*. Septembre 2008.

(39) Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. *Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale.* Médecine. 2006;7:302-6.

(40) Reddel HK, Basheti IA, Armour CL, Bosnic-Anticevich SZ : *The impact of correcting inhaler technique: improved asthma outcomes with a simple intervention by community pharmacists*. Proceeding of the American Thoracic Society 2006 : A269

(41) Refabert L, Rolland C, Scheinmann P, Vervloet D et les membres du Conseil d'Administration de l'Association Asthme & Allergies : *Quelles sont les relations entre les médecins de ville et les Ecoles de l'Asthme ?* Communication , CPLF,Congrès de Pneumologie de Langue Française. 2004.

(42) Darmoni S, Leroux V, Daigne M, Thirion B, Santamaria P, Duvaux D. *Critères de qualité de l'information de santé sur l'internet* . Centrale Santé Chu-rouen .Avril 1998

(43) Taytard A ; *L'éducation thérapeutique dans l'asthme >Asthma education.* Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 43 (2003) 108–112

(44) DREES, Ministère de la santé.*Education thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile : opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises.* A.Paraponaris, M.Guerville, S.Cabut,Y.Obadia,P.Verger. *Etudes et Résultats* . Fevrier 2011 :N° 753.

(45) INPES .Institut Nationale de Prévention et d'Education pour la Santé. *Education du patient dans les établissements de santé français*. Cecile Fournie, Pierre Butet. Mars 2008, Evolutions n°9

(46) Fluvio Braido and Al. *Asthma management failure : a flaw in physicians' behaviour or in patients' knowledge ?* Journal of asthma Apr 2011 . vol 48 N°3 : pages 266-277

(47) C. Ten Thoren,F.Peterman. *Reviewing asthma and anxiety* . Respiratory medicine, May 2000; 94(5):409-15

(48) Rambouts JJ.*Les stages dans les etudes de medicine : traditions et perspectives* .Louvain Médical 1995;114:124-33

(49) Lagger G, Pataky Z, Golay A. *Efficacité de l'éducation thérapeutique* .Rev.Med.Suisse 2009 ;5 :688-690

(50) Delmas MC,Fuhrman C ; pour le groupe épidemiologique et recherche clinique de la SPLF. L'asthme en France : *synthèse des données épidémiologiques descriptives* .Rev Mal Respi 2010 ;27 :151-9

(51) *Therapeutic patient education : continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases*. World Health Organization Copenhaguen: WHO; 1998.

(52) P.Legeron et all .*La motivation du fumeur à l'arrêt du tabac : bases conceptuelles et principes permettant l'élaboration d'un questionnaire d'évaluation*. Journal de thérapie comportementale et cognitive.2001 ; 11,53-61

(53) Bandura, A., *Social learning theory*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1977

(54) Fritz GK and all. *Accuracy of symptom perception in childhood asthma* .J Dev Beh Pediatr .1990;11:69-72

(55) Storms WW. *Patient compliance with broncho- dilator therapy in asthma*. Curr Ther Res 1994 ; 55 : 1038-1046

(56) HAS.Haute Autorité de Santé . *Recommandations pour l'Asthme de l'enfant de moins de 36mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigüs*.Mars 2009

(57) Bucquet D, Condon S. *Adaptation en français du"Nottingham Health Profile" et caractéristiques opératoires de la version française*. Montpellier:Inserm; 1990

(58) Bousquet J, Knani J, Dhivert H, Richard A,Chicoye A, Ware JE, et al. *Quality of life in asthma.1. Internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire*. Am J Respir Crit Care Med1994;149:371-5.

(59) Delmas MC,Furhman C, pour le groupe épidémiologique et recherche clinique de la SPLF. *L'asthme en France, synthèse des données épidémiologiques descriptives.* Rev.Mal.Respir.2010 ;27 :151-9

(60) article L6321-1 du code de la santé publique,

(61) J. Foucaud, M. Koleck, O. Laügt, M. Versel, A. Taytard. *L'éducation thérapeutique le discours du patient asthmatique :Résultats d'une étude d'analyse automatique du discours* .Rev Mal Respir 2004 ; 21 : 43-51

(62) Borgès Da Silva G *: La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication* Revue Médicale de l'Assurance Maladie volume 32 n° 2 / avril-juin 2001

(63) D. Simon,P-Y Traynard, R .Gagnayd F. Bourdillon *Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques.* Elsevier Masson, 2009

(64) Lagger G, Chambouleyron M, Lasserre-Moutet A, Giordan A, Golay A. *Education thérapeutique. 1re partie : origines et modèle*. Médecine. 2008;4(5):223-6

(65) Laforest L. *Quelle association entre le contrôle de l'asthme et la satisfaction des patients vis-à-vis de leur traitement ?* 15è CPLF.Lille,28-31 Janvier 2011 (communication orale)

(66) Megas F., BenmedjahedK.,Lefrançois G.,Muesr M.,Dusser D. *"The compli'Asthm" therapeutic observation survey on good use of inhaled drugs of asthma : perception by general practionners*. Rev Pneumol Clin 2004;60:158-65

(67) Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. *A systematic review of the associations between dose regimens and medical compliance*. Clin Ther 2001; 23:1296-310

(68) Expérience RESEDAA 67 (Reseau Education des Asthmatiques et Allergiques) menée dans le Bas-Rhin en 2005.

(69) GINA. Global strategy for asthma Management and Prevention. NIH Publication N° 02-3659.Betsheda, National Instituts of Health , National Heart, Lung, and Blood Institute. 2006

(70) Y. Videau, P.Batifoulier, Y.Arrighi,M.Gadreau, B.Ventelou . *Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale : une étude dans le champ de la prévention* .Revue d'Epidémiologie de Santé Publique 58 (2010) 301-311

(71) Ventelou B, Paraponaris A, Sebbah R, Aulagnier M, Protopopescu C, Gourheux JC, et al.*Un observatoire des pratiques en méedecine générale : l'expérience menée en PACA*.RF A ff Soc 2005 ; 1 : 127-60

(72) INPES. *Education thérapeutique du patient.Modèles, pratiques et évaluation.Asthme.Revue des opinions,durée des séances éducatives* .J Foucaud. p.239.

(73) Deccache A, Berrewaerts J, Libion F, Bresson R. *Former les soignants à l'éducation thérapeutique des patients : que peut changer un programme ?* Revue de l'Educ Ther Patient 2009 vol.1 (1) :39-48

(74) CREDES.*Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires.Revue de la littérature 1970-2002.*Fabienne Midy

(75) IRDES, *L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et determinants.* A. Afrite,C. Allonier, L.Com-Ruelle, N.Le Guen

ANNEXES

Annexe 1 : courrier envoyé aux médecins

Juin 2010

A Mme, Mr le Docteur ……….

Je suis Interne en Médecine Générale et prépare actuellement ma thèse de Doctorat en Médecine sur l'Etude de l'intérêt que portent les Médecins Généralistes et Spécialistes sur l' Education Thérapeutique des patients asthmatiques .

Ainsi , permettez-moi de vous adresser cette lettre pour solliciter votre aide dans la réalisation de cette thèse en vous demandant de bien vouloir répondre au Questionnaire ci-joint .

Le but de ce questionnaire est d'établir grâce à vos réponses la perception des Médecins de l'éducation thérapeutique des patients asthmatiques et ensuite de connaître l'intérêt ou les éventuels obstacles à leur participation au Club du Souffle de Nanterre ,.

le club du souffle étant un outil de travail qui répond aux recommandations nationales pour améliorer les pratiques professionnelles sur l'éducation du patient .

Ce questionnaire est anonyme et sans engagement de votre part et il a été conçu tel qu'il ne prenne que quelques minutes de votre temps et vos réponses sont d'une très grande importance pour la poursuite de mon travail . Je joins pour cela une enveloppe affranchie dans lequel vous pourriez me retourner le questionnaire rempli.

Dans l'attente de vos réponses et en vous adressant mes sincères remerciements .pour votre participation et l'intérêt que vous portez à cette étude,

Je vous prie d'agréer, Cher Confrère , avec mes salutations confraternelles ,l'assurance de ma considération distinguée

Sophie Razafindralambo

Annexe 2 : Lettre de relance

Octobre 2010

Madame, Monsieur, et cher confrère,

Vous aviez été nombreux, 49,15 % (soit 29 médecins généralistes et spécialistes sur 59) à répondre au questionnaire anonyme que je vous ai adressé, en juin 2010 et je tiens à remercier chaleureusement ceux qui ont déjà participé.

Pour ceux qui n'ont pas encore répondu, vous pouvez encore répondre jusqu''au 31 octobre 2010 . Ce sera un beau geste , autant pour l'aide apporté à la réalisation de ma thèse que pour l'intérêt porté au sujet qu'est l'éducation de vos patients asthmatiques.

Vous aviez été nombreux à porter intérêt à l'école du souffle …...

Vous remerciant, recevez, madame, monsieur et cher confrère, mes salutations distinguées.

Sophie Razafindralambo

Annexe 3 : questionnaire sur l'Education thérapeutique

du patient asthmatique

*Obligatoire

Etes-vous médecin généraliste :

Libéral

Hospitalier

En centre de santé

Etes-vous médecin spécialiste :

	Pédiatre	Pneumologue	Allergologue
Libéral			
Hospitalier			
En centre de santé			

Sexe *

Masculin

Féminin

Année de naissance *

Année de thèse *

1) Aviez- vous effectué un stage en pédiatrie ou en allergologie ou en pneumologie au cours de votre cursus médical ? *

OUI

NON

2) Etes-vous asthmatique ou avez-vous dans votre entourage immédiat une personne asthmatique ? *

OUI

NON

3) Combien avez-vous en moyenne de patients asthmatiques par semaine ? *

4) Comment qualifierez-vous le contrôle de l'asthme chez vos patients asthmatiques ? *

- Bon
- Moyen
- Mauvais
- Très mauvais

5) quelle difficulté rencontrez-vous chez vos patients ? : *

	très souvent	souvent	rarement	sans avis
Le malade est anxieux face à la gestion de sa maladie				
Le patient dénie sa maladie				
Il existe une barrière de langage à la compréhension du patient de son traitement ou de sa maladie				

6) Pour vous, c'est quoi l'éducation thérapeutique ? (en 2 lignes) *

7) Vous et l'éducation thérapeutique : * Diriez-vous que vous faites de l'éducation thérapeutique du patient asthmatique dans votre pratique ?

- OUI
- NON

8) Si oui

- En individuel
- En groupe
- En consultation dédiée
- Au cours d'une consultation normale
- Vous y consacrez moins de 15 minutes de votre temps de consultation

- [ ] Vous y consacrez plus de 15 minutes de votre temps de consultation
- [ ] A tous les patients asthmatiques dans la limite du possible
- [ ] A quelques patients asthmatiques s'ils sont demandeurs

9) Quelles sont vos sources d'information pour éduquer vos patients asthmatiques (une ou plusieurs réponses) :

- [ ] Aucun
- [ ] FMC, EPU
- [ ] Les journaux médicaux : revue des praticiens, revue Prescrire ..
- [ ] Internet
- [ ] Formation dédiée : IPIEM, ...
- [ ] Les visiteurs médicaux
- [ ] DU
- [ ] Autre :

10) Voici quelques définitions, cochez celle(s) qui vous semble (ent) répondre à l'éducation thérapeutique : *

- [ ] Accompagner le patient pour lui permettre de s'autonomiser dans la gestion de sa maladie
- [ ] Expliquer à son patient sa maladie et son traitement
- [ ] Être à l'écoute du patient pour mieux le connaître et l'aider à comprendre sa maladie et son traitement
- [ ] Être partenaire avec son patient et sa famille pour mieux gérer sa maladie
- [ ] Recadrer le patient lors des dérapages de traitement
- [ ] Assurer un bon suivi à partir des recommandations de bonne pratique
- [ ] Donner au patient le meilleur traitement existant
- [ ] Travailler en équipe pluridisciplinaire pour mieux prendre en charge un malade chronique

11) Pour vous l'éducation du patient asthmatique : (une ou plusieurs réponses) *

- [ ] Permet de réduire la morbidité
- [ ] Est superflu
- [ ] Utile mais chronophage
- [ ] Réel et bénéfique pour le professionnel de santé en terme de traitement
- [ ] Est un outil d'aide pour le patient

12) Etes-vous un professionnel de santé formé à l'éducation thérapeutique ? *

- ( ) OUI
- ( ) NON

13) Si non, seriez vous intéressé(e) pour avoir une formation ? *

- OUI
- NON
- Eventuellement

14) Connaissez vous le "Club du souffle "de Nanterre ? : *

- OUI
- NON

15) Par quel biais le connaissez vous ?

- De bouche à l'oreille (patients, confrère,...)
- Au cours d'une présentation de l'amicale des médecins de Nanterre
- Par voie de presse (Nanterre info, journaux lumineux,...)

16) Si vous connaissez le "Club du souffle " :

	OUI	NON	ne sait pas
Y avez-vous envoyé vos patients ?			
Si oui, y sont-ils allés ?			
Si oui, êtes vous satisfait du résultat constaté chez vos patients ?			
Si oui, êtes vous satisfait dans le suivi de vos patients ?			

17) A Nanterre, une école de l'asthme "le Club du souffle"est implantée depuis 2008 dans les locaux des centres de santé municipaux afin de répondre aux besoins de la population en matière d'éducation thérapeutique dans l'asthme. Elle s'adresse à des patients asthmatiques (adultes et enfants) déjà diagnostiqués, suivis par leurs médecins et pour lesquels un traitement est déjà en place. L'équipe pluridisciplinaire du Club du Souffle (1 infirmière, 1 médecin allergologue,1 kinésithérapeute, 1 psychologue) intervient auprès des patients en établissant un diagnostic éducatif et un plan d'action personnalisé au cours d'un premier entretien. Selon les besoins et les motivations du patient, plusieurs ateliers de formation et d'échanges autour de l'asthme sont proposés. * Souhaiteriez-vous plus d'information sur le club de souffle de Nanterre ?

- OUI
- NON
- Eventuellement

18) Seriez-vous prêt à envoyer vos patients au Club du souffle de Nanterre ? *

OUI

NON

Eventuellement

19) Quelles sont selon vous les raisons qui peuvent ou pourraient vous empêcher d'envoyer vos patients au Club du souffle : (une ou plusieurs réponses) *

Méconnaissance de l'adresse

Vous êtes au courant mais êtes réticent par manque d'information sur son fonctionnement

Vous n'avez pas de retour d'informations sur les patients envoyés

Vous n'êtes pas convaincu(e) de son efficacité pour vos patients

Vous pensez que cela nécessite une organisation spéciale pour le patient

Vous préféreriez une autre méthode d'éducation applicable en cabinet médical

Vous préférez envoyer vos patients à l'école de souffle de l'hôpital pour une raison ou une autre

Vous craignez que vos patients ne viennent plus consulter

Vous n'y pensez pas

0

Envoyer

ANNEXE 4 : Réponses libres des médecins à la définition de l'ETP

Réponses (41) Non réponse (2)
1) leur apprendre comment prendre le traitement, vérifier la compréhension-les informer sur l'intérêt des traitements : crise + traitement de fond-les rendre autonome par rapport à la gestion de la crise
2) apprendre à utiliser les inhalateurs-suivre régulièrement son traitement-connaître les symptômes de gravité urgente-éducation de l'entourage
3) améliorer les symptômes. espacer les crises et diminuer le traitement en aigu.
4) apprendre à reconnaître la crise qui arrive et à la maîtriser
5) apprendre au patient de se servir des appareils à aérosols ou diskus et lui expliquer à quel moment les utiliser
6) apprentissage de la technique de prise des médicaments des signes de décompensation-évaluation autonome de la gravité et de l'évolution-connaître conduite à suivre devant une crise
7) autoanalyse de son état respiratoire compréhension du traitement de fonds avoir adapter les traitements ponctuels
8) bon usage des traitements inhalateurs. connaître les facteurs favorisant la crise.
9) bonnes explications en prenant son temps répondre à une question au téléphone si besoin
10) c'est consacrer une consultation spécifique pour prendre son temps, vérifier la compréhension du patient
11) compréhension et observance du traitement de fond compréhension et observance du traitement des crises
12) d'abord une bonne compréhension par le patient des mécanismes de l'asthme pour pouvoir accépter et comprendre le traitement de fond
13) déterminer les causes des crises , faire comprendre le but du traitement , stratégie thérapeutique
14) donner le meilleur traitement et optimiser l'observance accompagner le patient en traitement de fond et pour les crises
15) être sur que le patient a compris l'intérêt d'un traitement de fond et qu'il a compris les techniques de prise deson traitement et la surveillance de son efficacité
16) explication de la maladie et points d'impact des différentes thérapeutiques
17) explication des maladies et des réponses à donner devant les symptômes-facteurs favorisants et facteurs de risque-explication sur les moyens thérapeutiques et les techniques d'utilisation des inhalateurs
18) explications claires à l'aide de schémas pour que chaque patient puisse prendre son traitement en charge (modulation)
19) expliquer à quoi ça sert et quand et comment s'en servir

20) expliquer au patient sa maladie son traitement et comment le prendre connaître les signes de gravité
21) expliquer avec des mots simples des gestes simples la façon d'utiliser correctement un traitement
22) expliquer la maladiecomprendre le traitement
23) expliquer la maladie, expliquer le traitement
24) expliquer la maladie, que le patient se prenne en charge avec son entourage
25) expliquer les techniques de prise des médicamentsexpliquer les facteurs de décompensation suivi régulier tous les 3 mois pour juger l'évolutivité
26) faire acquérir au patient des compétences pour gérer sa maladie
27) faire connaître les divers traitements et la hierarchie dans les crisessensibiliser aux risques d'aggravation de l'asthmeeventuellement peak flow
28) information sur la maladie et les fréquencesinformation sur la necessité du suivi annuelinformation sur le traitementexploration du mode d'emploi du médicament
29) inhalation + + +
30) l'amener à bien comprendre sa maladie et ses traitements pour mieux se prendre en charge
31) l'éducation thérapeutique permet une meilleure observance thérapeutique et à une meilleure compréhension, permet une meilleure sécurité en connaissant mieux les signes et lla conduite à tenir en cas d'urgences
32) l'utilisation correcte des traitements d'inhalation le patient doit connaître les facteurs et les signes d'aggravation de la maladie
33) la technique d'inhalation
34) obtenir l'adhesion du patient au suivi et au traitement de sa maladie, et ce par plusieurs moyens de pédagogiques techniques, et financiers
35) On est explique ce qu'est l'asthme et pourquoi il faut le traiter et comment
36) permettre au patient asthmatique de quantifier l'amélioration de ses performances par une therapeutique adéquate bien "apprivoisée"
37) Prevention reconnaitre signes de gravité explication traitement +montrer prise de médoc
38) quantifier par l'EFR l'efficacité du bon usage des différentes présentation spray inhaléspeak flow
39) savoir gérer une crise d'asthmesavoir prendre son traitement de fond
40) traitement de fond et traitement de crise
41) un accompagenement du patient pour une meilleure autonomie dans la prise en charge de sa maladie

Annexe 5 : Critère de contrôle de l'asthme HAS 2004

Paramètres définissant le contrôle acceptable de l'asthme :

Paramètres	**Valeur ou la fréquence <u>moyenne sur la période</u> <u>D'évaluation du contrôle</u> (1 semaine à 3 mois)**
1. Symptômes diurnes	< 4 jours / semaine
2. Symptômes nocturnes	< 1 nuit / semaine
3. Activité physique	Normale
4. Exacerbations	Légères* peu fréquentes
5. Absentéisme professionnel ou scolaire	Aucun
6. Utilisation de B2 mimétiques d'action rapide	< 4 doses / semaine
7. VEMS ou DEP	> 85 % de la valeur personnelle
8. Variation nycthémérale de DEP (optionnel)	< 15 %

*Exacerbations légères : exacerbations gérées par le patient, ne nécessitant qu'une augmentation transitoire (pendant quelques jours) de la consommation quotidienne de B2 mimétiques d'action rapide et brève.

- **Le contrôle inacceptable** est défini par la non satisfaction d'un ou plusieurs critères de contrôle. Il nécessite une adaptation de la prise en charge.

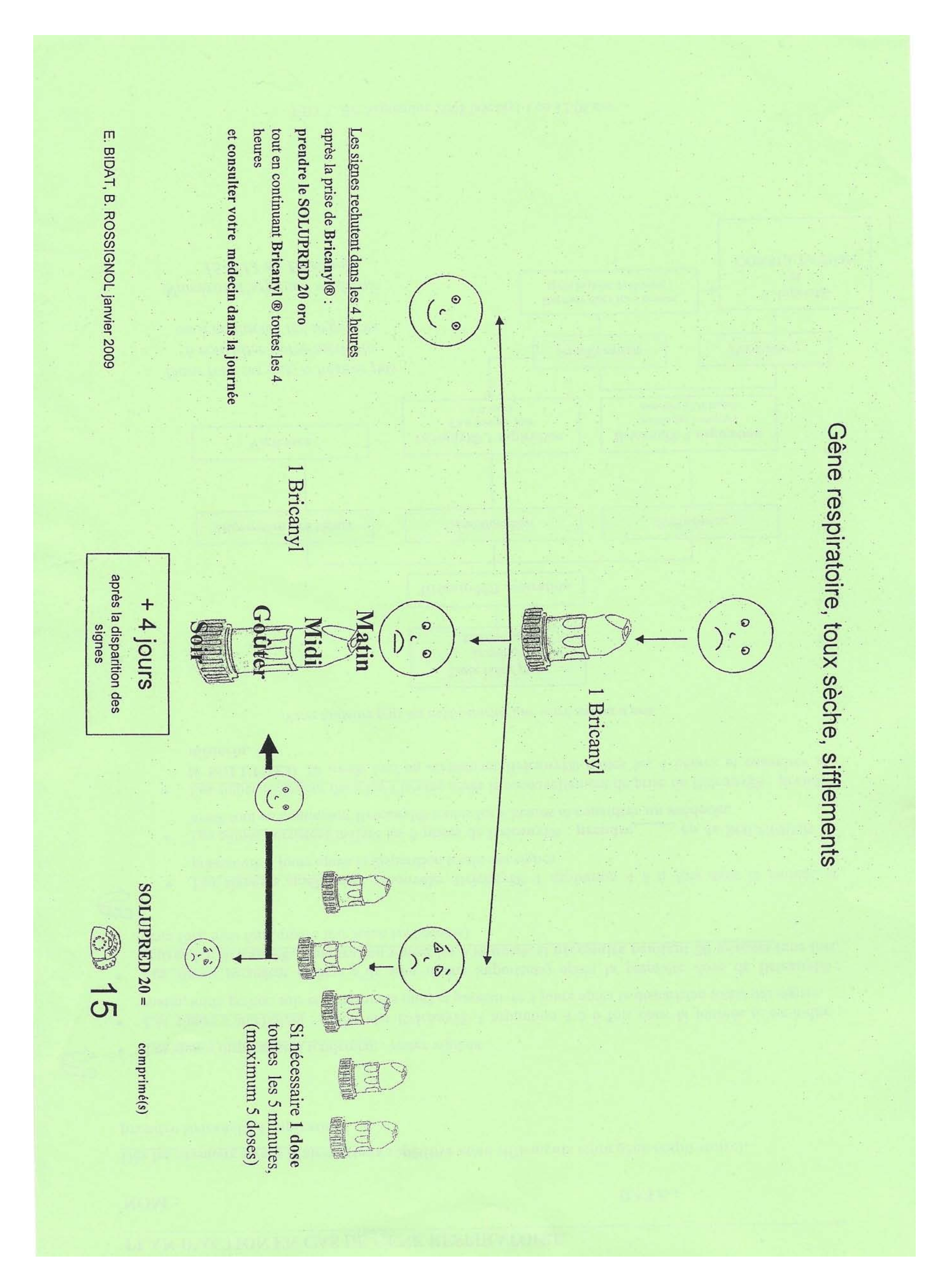
- **Le contrôle acceptable** est le minimum à rechercher chez tous les patients. Il est atteint lorsque tous les critères du tableau ci-dessus sont satisfaits.

- **Le contrôle optimal** (c'est-à-dire « le meilleur ») correspond :

- Soit à l'absence ou à la normalité de tous les critères de contrôle

Soit à l'obtention, toujours dans le cadre du contrôle acceptable, du meilleur compromis pour le patient entre le degré de contrôle, l'acceptation du traitement et la survenue éventuelle d'effets secondaires

Annexe 6 : Exemple de Plan d’action



Annexe 7 : Les compétences à acquérir par le patient : exemple du programme de l'Ecole du souffle de Nanterre)

Programme éducation du patient :

Atelier n°1

Être capable de repérer les signes et facteurs déclenchant de la crise

(compétences 3,7, 6 : repérer, analyser et mesurer ; adapter et réajuster ; pratiquer et faire)

Objectifs	méthodes	évaluation
Identifier les signes de la crise	Cartes de Paul	Cas concret+ grille
Mesurer la gravité de la crise	Cartes de Paul	Cas Concrets
Identifier les facteurs déclenchant	Jeu PC	Imagier, énigmes
Interpréter le résultat du Peak flow	Graphique	Manipulation

<u>Temps de manipulation et d'identification du traitement de crise avec des placebos</u>

<u>QUI : Ide ou intervenant ETP</u>

Atelier n°2

Être capable de définir l'asthme (compétences 2 et 6 : comprendre, s'expliquer ; pratiquer et faire)

Objectifs	méthodes	Evaluation
Nommer toutes les parties de l'appareil respiratoire	Imagier, bronches, posters	Grilles Schéma Légendé Coloriage
Décrire le fonctionnement de la respiration	Bronches, classeur imagier	Vrai-Faux
Décrire le mécanisme de l'asthme	Film, imagier , jeux de paille	Vrai-Faux
Citer le traitement et donner ses effets	Bronches, placebos,	Vrai-Faux

<u>Temps de manipulation et d'identification du traitement de crise et de fond avec les placebos</u>

<u>QUI : Ide ou intervenant ETP</u>

Annexe 7 (suite) : Les compétences à acquérir par le patient

Atelier n°3

Faire face à la crise (compétence 4,7 et 6 : faire face, décider ; Adapter et réajuster ; pratiquer et faire)

Objectifs	*méthodes*	*évaluation*
Réagir devant les premiers signes d'une crise d'asthme	*Cas concret*	*Vrai-faux*
Ronde des décisions		
Adapter son traitement	*Plan d'action*	
Agir en fonction des résultats de DEP	*Cas concret*	*Vrai-faux*
Utiliser correctement son traitement	*Manipulation de placebos*	*Grille*
	Cartes	

Temps de manipulation et d'identification du traitement de crise et de fond avec les placebos
QUI : Ide ou intervenant ETP

Atelier n°4

Etre capable de résoudre un problème de prévention (compétence 1, 5,7, 8 et 6)

Faire connaître ses besoins, déterminer ses but en collaboration avec les soignants .Informer son entourage ; Résoudre un problème de la vie quotidienne, de gestion de sa vie, de sa maladie, résoudre un problème de prévention ; utiliser les ressources du système de soins. Faire, pratiquer.

Objectifs	*méthodes*	*évaluation*
Aménager son environnement pour qu'il soit le moins asthmogène possible	*Etude de cas* *Maison des allergènes*	*QCM*
Prendre son traitement en toute circonstance	*Ronde des décisions* *Carte de Barrow*	*QCM*
Informer et sensibiliser son entourage	*Table ronde* *Jeux de rôle*	*QCM Jeux de rôle*
Utiliser les ressources du système de soins	*Brochures*	*QCM*
Faire valoir ses droits	*Table ronde*	*QCM*

Temps de manipulation et d'identification du traitement de crise et de fond avec les placebos

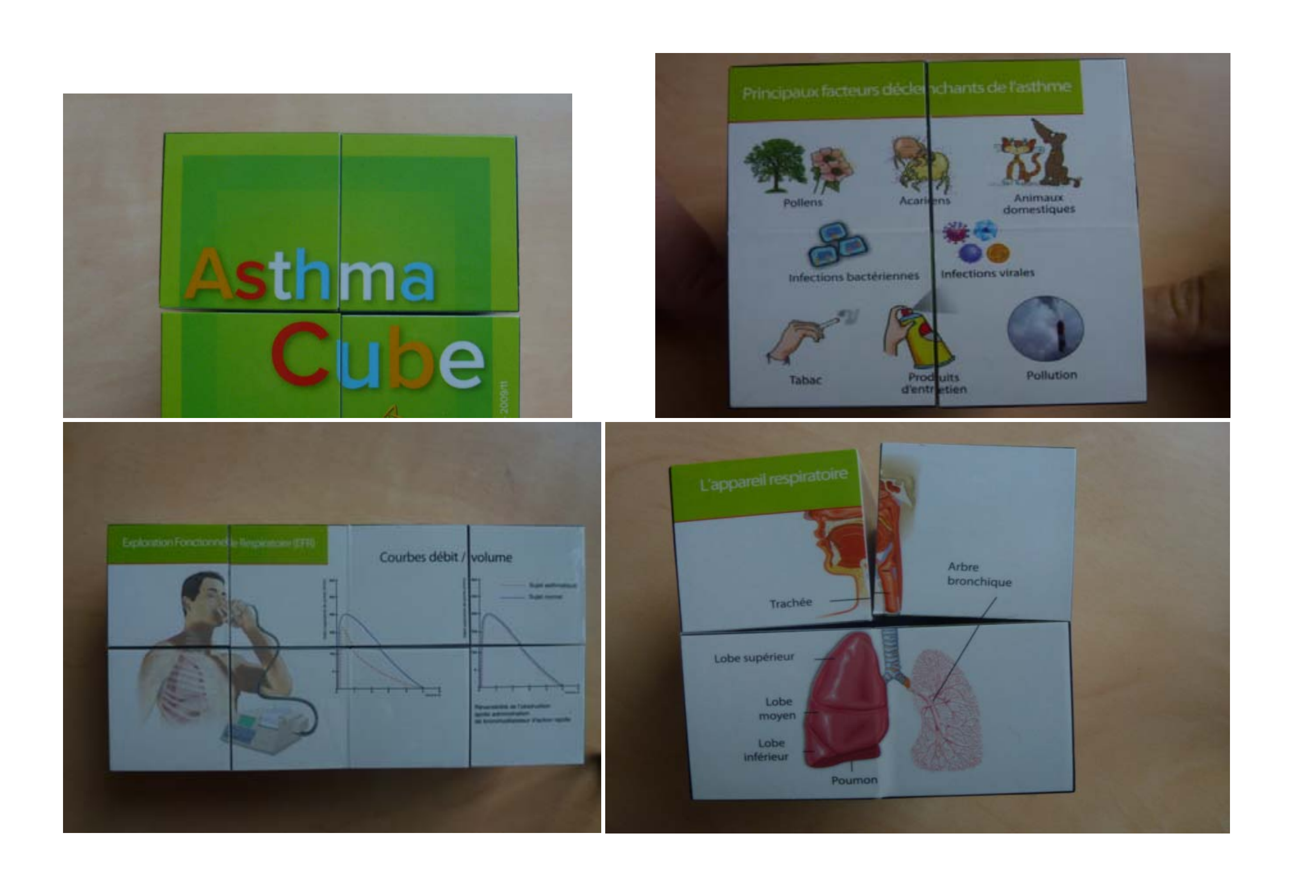
QUI :Ide ou intervenant ETP.

Annexe 8 :Exemples d' outils pédagogiques utilisés à l'école du souffle

1) **<u>Les outils du « savoir faire »</u>**



2) **<u>Les outils du « savoir »</u>**



Annexe 8 (suite): Exemples d'outils pédagogiques utilisés à l'école du souffle

3) **<u>Les outils du « savoir être »</u>**



PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse

Université ...Paris Diderot...

Le Professeur Nougairède

Date 5/12/2012

Professeur Michel NOUGAIREDE
Médecine générale
33, rue Victor Hugo
92230 Gennevilliers
92 1 04602 5

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Benoît Schlemmer

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen

RESUME

L'éducation thérapeutique du patient asthmatique fait partie des recommandations dans la prise en charge de l'asthme. Notre étude consiste à évaluer sa place dans la pratique de 66 médecins de la ville de Nanterre. Les résultats révèlent que la majorité des médecins répondants manifestent de l'intérêt à l'ETP. Les médecins de plus de 45 ans et de sexe masculin pratiquent le plus l'ETP lors de leur consultation. En général la connaissance des médecins en cette matière reste floue et beaucoup confondent éducation avec information ou apprentissage. Les médecins manquent de formation mais sont également limités par le temps, par l'absence de rémunération de l'acte, et par l'absence d'un cadre référenciel de l'ETP pour son utilisation en cabinet médical. L'utilisation d'une autre structure comme l'école du souffle reste difficile pour beaucoup de médecins, malgré leur connaissance de la structure.

Afin d'améliorer la pratique de l'éducation thérapeutique du patient asthmatique en ville, les médecins ont besoin de se former pour mieux la connaître, mais également ils doivent adopter une attitude consistant à transférer les compétences pour rendre l'ETP efficace. Il doit être également envisagé, la mise en œuvre d'outil d'éducation facilement utilisable en cabinet médical.

MOTS CLES

Education thérapeutique – Asthme – Médecin généraliste – Ecole de l'asthme – Pratique médicale – Education patient